

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AMB	USM CALATAYUD	ABAD BOUZAN CRISTINA	2019_0103	F	26/02/2020	CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO
CA	AMB	USM INFANTO JUVENIL CALATAYUD	CEBOLLA POLA MARCOS	2019_1087	F	08/01/2020	MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018_0184)
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	TABUENCA FERRER JESUS LUIS	2016_1196	F	14/02/2018	MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	JUSTE SERAL MARIA DEL MAR	2016_1197	F	14/02/2018	MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2016_1198	S1	18/01/2018	FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	S1	22/02/2019	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	F	31/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	S1	22/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2019_1268	F	26/01/2020	YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2016_1220	S1	20/02/2018	MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS
CA	AP	CS ARIZA	NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA	2016_1456	S1	22/02/2018	DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2018_0551	S1	13/02/2019	MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2018_0553	F	12/02/2019	MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA	2019_1469	F	15/01/2020	ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.
CA	AP	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2019_1473	F	31/01/2020	MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	BENDICHO ROJO CESAR	2019_1474	F	23/12/2019	NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN
CA	AP	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2016_1226	F	26/01/2018	CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	S1	18/01/2018	INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	F	27/02/2019	MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA
CA	AP	CS ATECA	DE LORA NOVILLO PABLO	2016_1229	F	13/02/2018	CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	S1	11/02/2019	ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	S2	27/01/2020	ACOPLA SALUD
CA	AP	CS ATECA	MELENDO BUENO MAGDALENA	2019_1165	F	30/01/2020	MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA
CA	AP	CS ATECA	GALINDO FAGO ADRIANA	2019_1270	F	31/01/2020	ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2019_1288	F	24/01/2020	INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
CA	AP	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2019_1460	F	24/01/2020	ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE ATENCION CONTINUADA EN AP	BERNAL FRANCO CRISTINA	2018_0460	F	09/01/2019	USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2016_0608	F	16/02/2018	IMPLANTACION DEL USO DE RESERVOIRIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	CHARLEZ MILLAN CARMEN	2016_0657	F	16/02/2018	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ GABAS MARIA LUISA	2016_0825	F	16/02/2018	FORMACION EN PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	GARCIA TENORIO ANDRES	2016_1165	F	16/02/2018	MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2016_1166	F	15/02/2018	MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PONCE LAZARO MARIA JOSE	2016_1167	S1	16/02/2018	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD.(ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PEREZ TORNOS MARIA CARMEN	2016_1739	F	20/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	BERNAL FRANCO CRISTINA	2018_0460	F	04/02/2019	USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO	2018_0477	F	23/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2018_0533	F	13/03/2019	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2018_0567	F	22/02/2019	MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA	2018_0585	S1	04/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2019_1166	F	22/12/2019	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2019_1169	F	26/12/2019	FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE EN AUTOCONTROL DE COAGULACION
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE	2019_1228	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE	2019_1213	F	29/01/2020	GRUPO DE MUJERES +45
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE UNIDAD DE SALUD MENTAL	DELGADO MIGUEL PILAR	2019_0449	F	27/02/2020	IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	PARRILLA GIL MARIA JOSE	2016_0815	F	16/02/2018	FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2016_1230	F	09/01/2018	DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN	2016_1234	F	12/01/2018	PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA	2016_1235	F	09/01/2018	GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			ASCENSION				DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2016_1245	F	17/01/2018	IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2018_0252	F	20/02/2019	IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2018_0305	F	14/02/2019	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2018_0314	F	20/02/2019	PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	CHUECA GORMAZ ISABEL	2018_0462	F	28/02/2019	BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA	2019_1151	F	23/01/2020	TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	PEREZ BENAVIDES JULIO CESAR	2019_1229	F	30/01/2020	HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	DIGON SANMARTIN LUIS	2019_1308	F	31/01/2020	IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR
CA	AP	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2016_0821	F	20/02/2018	PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA
CA	AP	CS DAROCA	SIMON APARICIO MARIA PAZ	2016_0821	F	14/02/2019	ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)
CA	AP	CS DAROCA	BES FRANCO ANGEL	2016_1151	F	20/02/2018	PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES
CA	AP	CS DAROCA	GARCIA TEJEDOR ANTONIO	2016_1152	F	20/02/2018	PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()
CA	AP	CS DAROCA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2016_1153	F	20/02/2018	PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO
CA	AP	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2018_0537	F	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
CA	AP	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2019_1072	F	15/01/2020	PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL
CA	AP	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2019_1092	F	15/01/2020	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA
CA	AP	CS DAROCA	CUADRADO GONZALEZ AINOA	2019_1093	F	15/01/2020	AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	S1	30/01/2018	IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	F	08/03/2019	IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	BENITO LOPEZ ANA MILAGROS	2016_1232	S1	09/02/2018	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MURO CULEBRAS MARIA	2016_1232	S2	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MURO CULEBRAS MARIA	2016_1232	F	05/03/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	S1	13/02/2018	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	F	14/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA
CA	AP	CS ILLUECA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	F	20/01/2020	TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	S1	13/03/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	F	30/01/2020	EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2019_1218	F	27/01/2020	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	CEBOLLA POLA MARCOS	2016_0065	F	09/02/2018	MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GONZALVO SANCHEZ PASCUAL	2016_1218	S1	05/02/2018	NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARTI GUILLEN LOURDES	2016_1256	F	10/02/2018	REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GISTAS QUILEZ MARIA PILAR	2016_1374	S1	22/01/2018	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1374	S2	14/03/2019	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	LACORT BELTRAN EVA	2016_1375	S1	14/03/2019	CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1375	S1	22/01/2018	CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	NAYA MATEU YOLANDA	2018_0603	F	24/02/2019	EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MURO CULEBRAS MARIA	2019_1477	S1	27/01/2020	UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARIN LAZARO RAQUEL	2019_1510	S1	20/01/2020	ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON
CA	AP	CS SABIÑAN	HUERTAS BADOS LUISA	2016_0152	F	17/01/2018	PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	S1	17/01/2018	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGOANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SABIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	F	09/01/2019	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SABIÑAN	BLAS GABARDA JESUS	2016_1157	F	17/01/2018	MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOSPROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS
CA	AP	CS SABIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2016_1158	F	17/01/2018	MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC
CA	AP	CS SABIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	S1	17/01/2018	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	F	28/01/2019	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	F	15/01/2019	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
CA	AP	CS SABIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	F	28/01/2019	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
CA	AP	CS SABIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	F	09/01/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	F	28/01/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	HUERTAS BADOS MARIA LUISA	2019_1010	F	30/01/2020	MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	MARTIN CIMORRA FRANCISCO JAVIER	2019_1012	F	29/01/2020	PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2019_1014	F	10/01/2020	MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2016_1265	F	11/02/2018	REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ABELLO GIRALDEZ EDUARDO	2016_1266	F	11/02/2018	REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	S1	20/02/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	F	24/02/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL	2018_0561	S1	25/02/2019	EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	S1	20/02/2019	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	F	30/01/2020	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	MORALES MERINO YOLANDA	2019_1233	F	26/01/2020	TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	AZON LOPEZ ESTHER	2019_1259	F	26/01/2020	TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UNA DECUADO REGISTRO
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	S1	29/01/2018	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	F	06/02/2019	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	F	29/01/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2016_1105	F	15/02/2018	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	S1	15/01/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	F	28/01/2020	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	S2	15/01/2019	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	S1	15/01/2019	ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	F	31/01/2020	ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2019_0009	F	29/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD DIRECCION	CODES GOMEZ JOSE	2016_1102	F	05/02/2018	IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA
CA	AP	DAP CALATAYUD FARMACIA ATENCION PRIMARIA	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	F	31/01/2020	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	AP	DAP CALATAYUD UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI	2019_0046	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ADMISION Y DOCUMENTACION	ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN	2018_0337	F	27/02/2019	ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2016_0712	S1	09/01/2018	MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	MUÑOZ PEÑA CRISTINA	2018_0557	S0	28/02/2019	PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUDANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR ELMODO DE EXTRACCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2018_0558	S1	24/02/2019	ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA	2019_1311	F	27/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	MOLODEZKY HORTT MAURICIO	2016_0279	S1	17/01/2018	ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	CARNICERO GIMENO LAURA	2018_0332	F	15/03/2019	PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	S1	17/01/2019	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	F	28/02/2020	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BIOQUIMICA	GONZALEZ TARANCON RICARDO	2016_0721	F	09/01/2018	MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BLOQUE QUIRURGICO	JIMENEZ IHUARBEN CARMEN	2016_0389	F	25/01/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POAOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BLOQUE QUIRURGICO	JIMENEZ IHUARBEN CARMEN	2019_1343	S1	13/01/2020	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2016_1131	F	17/01/2018	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL	2018_0010	F	07/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2018_0112	F	26/02/2019	MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2019_1097	F	09/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PALACIO BARRABES JESSICA	2016_0988	S1	22/02/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	DE JUAN CEBOLLADA CARMEN	2018_0178	F	15/03/2019	MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	F	11/01/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	F	05/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO	2016_0100	F	16/01/2018	CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2018_0566	F	11/02/2019	ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ FOIX PERFECTA	2019_0464	S5	30/01/2020	CREACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2019_0464	F	29/01/2020	CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH FARMACIA HOSPITALARIA	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	S1	05/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH FARMACIA HOSPITALARIA	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO	VALLEJO GUERRERO ASCENSION	2016_0104	F	08/02/2018	ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MANRESA OROZ NOEMI	2018_0133	F	19/02/2019	ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MEDICINA INTERNA					CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	DE MARCO MURO MARIA CRISTINA	2019_0891	F	30/01/2020	MEJORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CRÓNICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ORTEGA MAJAN MARIA TERESA	2018_0388	S1	17/12/2018	PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2019_1353	F	31/01/2020	REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	S2	08/01/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	S2	04/02/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	F	30/01/2020	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	S0	08/01/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	S2	04/02/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE	2018_0102	F	21/02/2019	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	ESTEBAN GUAJARDO MARIA CRUZ	2018_0313	F	12/02/2019	MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUMOLOGIA	SANCHO MUÑOZ ELENA	2019_1417	F	24/01/2020	IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2016_0305	F	29/12/2017	PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2019_1406	F	30/01/2020	TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL	2018_0109	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DURAN ALGAS LORENA	2018_0607	F	15/03/2019	PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MENES LANASPA JOSE JAVIER	2018_0643	F	13/03/2019	PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2018_0824	F	15/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FRANCO SERRANO CARLOS	2018_1544	F	15/03/2019	IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GRACIA COLERA DANIEL	2019_0565	F	29/12/2019	INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DURAN ALGAS LORENA	2019_0638	F	30/01/2020	SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FARRER VELAZQUEZ MANUEL	2019_0639	F	30/01/2020	APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE	2019_0646	F	30/01/2020	FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2019_0859	F	31/01/2020	VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2019_0871	S1	29/01/2020	INFORMATIZACIÓN DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA					
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GARCIA SIMON RAQUEL	2019_0872	S1	20/01/2020	RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OFTALMOLOGIA	DIAZ PEIRO SILVIA	2019_0723	F	30/01/2020	REVISIÓN DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS CRÓNICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	PAJARES BERNAD ISABEL	2018_0521	S1	15/03/2019	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	JIMENEZ RUBIANO BERTA	2018_1166	S1	15/03/2019	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	JIMENEZ RUBIANO BERTA	2018_1166	F	31/01/2020	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	BLANCAS COSTEA ANA MARIA	2019_0805	F	31/01/2020	PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	VALERO SANCHEZ SONIA	2019_1170	S1	28/01/2020	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ	2018_0196	F	18/02/2019	CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UCI	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	S1	11/01/2018	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2018_0066	F	16/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2019_0019	S1	07/01/2020	IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	S2	06/02/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	F	24/01/2020	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	S1	06/02/2019	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	S1	06/03/2019	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	F	15/01/2020	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	URDAZ HERNANDEZ MARTHA	2014_0302	S1	25/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2016_0120	F	24/01/2018	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	S1	16/01/2018	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	F	06/02/2019	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MONTESA LOU CRISTINA	2016_1041	F	25/01/2018	INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	S1	16/01/2019	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

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

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

Número de memorias: 203 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	F	30/01/2020	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2019_0053	S1	30/01/2020	MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2019_1152	S1	21/01/2020	ATENCION DEL PACIENTE CRITICO EN EL AREA DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	2014_0071	F	22/01/2018	PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL	2014_0147	F	21/01/2018	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	2016_1067	F	20/01/2018	PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VÉJIGA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0103

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA ABAD BOUZAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro USM CALATAYUD
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO GOMEZ BARBARA MARIA
CEBOLLA POLA MARCOS
GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA
GARCIA RAPUN MARINA
DELGADO MIGUEL PILAR
LAHOZ PEREZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Un total de 17 pacientes adscritos a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Calatayud cumplían la mayoría de edad en 2019, por lo que fueron incluidos en el protocolo de continuidad asistencial. Según se iba aproximando el paso a la USM de adultos se han ido ajustando las citas con los especialistas responsables de los casos para preparar el cambio. En estas, se ha solicitado el consentimiento informado a los progenitores o responsables de los pacientes para poder compartir la información clínica con el equipo de cara a facilitar el cambio de unidad. También se ha administrado un cuestionario de opinión a los pacientes y familiares/responsables para conocer grado de satisfacción respecto a varias cuestiones del funcionamiento de la unidad infantojuvenil. Se ha realizado una valoración conjunta de todo el equipo de la USM (adultos e infantil) de cada uno de los casos, previo a la derivación. En estas reuniones se comenta la situación clínica, la necesidad de continuidad o no de seguimiento especializado y el mejor diseño terapéutico de cara al futuro (se designa el facultativo responsable de la USM de adultos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A través de una revisión sociodemográfica se obtuvieron los siguientes resultados:

- Procedencia: 11 pacientes fueron derivados del Centro de Salud de Calatayud (64,7%) y 6 procedían de algún consultorio o centro de referencia rural de la zona básica de salud.
- Sexo: 12 pacientes eran mujeres (70,5%) y 5 varones.
- Nacionalidad: Española (13), Marroquí (2), Brasileña (1) y Rumana (1).
- Diagnóstico clínico desde la USM I-J: Trastorno adaptativo mixto (5), TDAH (4), Trastorno de Ansiedad Generalizada (3), Depresión mayor (1), TOC (1), Bulimia Nerviosa (1), Trastorno disociativo y de conversión (1) y consumo de tóxicos: THC (1).
- Destacan como diagnóstico secundario, la presencia de consumo de tóxicos (cannabis) en dos pacientes, epilepsia en otros dos adolescentes y discapacidad intelectual leve en tres de ellos.
- Derivación: 6 (35,2%) pacientes (41,1%), fueron dados de alta del servicio de infanto-juvenil a los pocos meses de cumplida su mayoría de edad por mejoría clínica. 2 adolescentes (11,7%), ambas con diagnóstico de TDAH sin comorbilidad, mantienen seguimiento en este recurso con alta probable en las próximas fechas. Otra paciente, dadas dificultades cognitivas y de aprendizaje y la buena adherencia al recurso, y de acuerdo con la familia y profesionales de adultos, mantendrá el seguimiento en la unidad de infantil mientras precise seguimiento. 5 pacientes (29,41%) fueron derivados a la Unidad de adultos siguiendo el protocolo establecido. A los cinco se les asignó un profesional de psiquiatría de referencia y a cuatro de ellos, además, de psicología clínica. Dos pacientes abandonaron voluntariamente el recurso antes de la mayoría de edad y no justificaron su ausencia a las consultas de seguimiento, y por último, otra paciente por motivos académicos y de traslado continuó el seguimiento en otra Unidad de Salud Mental.

De los indicadores planteados en el proyecto de calidad, se obtuvieron estos resultados:

-Nº de pacientes procedentes de USMIJ con informe de derivación*/ Nº total de pacientes derivados procedentes de Infanto-Juvenil
5/5 100%

Nº de pacientes en seguimiento derivados a USM adultos a los 18 años / nº total de pacientes en seguimiento en USMIJ que hayan cumplido los 18 años

5/13 (que cumplían mayoría de edad en 2019) 38,46%

5/247 (total de pacientes en seguimiento actual en USMIJ) 2,02%

Cuestionario: Se creó una encuesta de opinión para los padres/madres/tutores de los pacientes derivados, para conocer grado de satisfacción respecto a varias cuestiones del funcionamiento de la unidad infantil. Cada pregunta se midió mediante escala Likert (1-nada satisfecho, 2-poco satisfecho, 3-ni satisfecho ni insatisfecho, 4-satisfecho, 5- muy satisfecho)

- De las correspondientes a la ubicación y estado de las consultas: Puntuación 4 y 5
- Accesibilidad para ser atendido fuera de la consulta programada:5
- Tiempo transcurrido entre solicitud y primera consulta:4 y 5.
- Trato recibido por los profesionales de la USMIJ: 5
- Información sobre la evolución del menor: 4 y 5.
- Coordinación con el centro educativo u otros recursos: 4 y 5.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0103

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de la experiencia innovadora de este año, consideramos que tanto para los pacientes y sus familiares, como para los profesionales implicados, facilitar la transición entre las dos USM ha sido muy beneficioso. Las reuniones de trabajo han sido enriquecedoras, aportando el material clínico necesario para poder continuar desde el punto del recorrido terapéutico en el que se encontraba el paciente. Se favorece la adherencia al recurso, se generan lazos de confianza y se eliminan pérdidas de información y confusiones. Implica un mayor esfuerzo por parte del equipo a nivel de coordinación y participación, pero los resultados obtenidos son satisfactorios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/103 ===== ***

Nº de registro: 0103

Título
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

Autores:
ABAD BOUZAN CRISTINA, DELGADO MIGUEL MARIA PILAR, MARCO GOMEZ BARBARA MARIA, CEBOLLA POLA MARCOS, LAHOZ PEREZ ROSARIO, GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM CALATAYUD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ a partir de ahora), se inauguró en junio de 2018, atendiendo de forma multidisciplinar (psicología, enfermería especializada y psiquiatría) a la población con problemas de salud mental en edades comprendidas entre los 6 y los 17 años incluidos.
A pesar de la reciente apertura de la unidad, hemos comenzado a experimentar la necesidad de realizar el traslado de pacientes con problemas de salud mental a la unidad de adultos, al cumplir la mayoría de edad y existir la necesidad de prorrogar el tratamiento y seguimientos especializados.
La coordinación entre ambos equipos, traspaso de información, objetivos de tratamiento planteados con los pacientes y sus familias, e incluso una primera entrevista conjunta para la presentación del nuevo profesional/es de referencia, redundaría no solo en la calidad asistencial prestada, sino en la agilidad y posiblemente en la facilitación de una buena adherencia terapéutica especialmente complicada debido a la idiosincrasia de esta población

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar una correcta continuidad de atención y cuidados para aquellos pacientes que continúen el seguimiento en la USM de adultos.
- Agilizar el traspaso de información relevante en la derivación de casos mediante la reunión multidisciplinar con profesionales de ambos recursos.
- Coordinación de las líneas de tratamiento a seguir entre los distintos profesionales que atiendan a los pacientes.
- Favorecer la adecuada adherencia terapéutica minimizando los casos de trastorno mental sin seguimiento o tratamiento.

MÉTODO

- 1) Los profesionales de la USMIJ, generarán un listado de pacientes que vayan a cumplir la mayoría de edad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0103

1. TÍTULO

CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

lo largo del año en curso, marcando la fecha en la que tendrán la última consulta programada con cualquiera de los miembros del recurso.

2) Llegada la cita de la última revisión, se informará al paciente (y familiares en su caso) del cambio de unidad, realizando el proceso de consentimiento informado que permita exponer los datos relevantes del caso clínico (diagnóstico, valoración psicométrica, tratamientos ensayados, evolución del paciente...) a los nuevos de profesionales del equipo de adultos.

3) Este proceso de consentimiento, así como el resumen clínico de la evolución del paciente, quedarán reflejados en la Historia Clínica Electrónica con acceso también a los profesionales de atención primaria de referencia, en forma de "Informe de Derivación" *.

4) De forma mensual, en dependencia del número de casos a derivar, se acordará una reunión entre ambas unidades en la que se presentará el caso y se determinará el nuevo profesional asignado, prioridad de la cita, fecha de la consulta y emisión de la misma por parte de la secretaria de la USM.

5) Llegado el día de la primera consulta, el profesional responsable o referente de la USM IJ realizará el acompañamiento físico y presentación al nuevo terapeuta, que procederá a la entrevista de acogida, favoreciendo así la adherencia y continuidad en el tratamiento y los cuidados.

INDICADORES

Revisión trimestral de casos e Historias Clínicas en la que se determine;

-Nº de pacientes procedentes de USMIJ con informe de derivación*/ Nº total de pacientes derivados procedentes de Infanto-Juvenil

Se estimará un grado de cumplimiento si se supera el 85% como límite superior. Se aplicará un 70% como límite inferior.

-También se realizará la estimación anual del total de pacientes que cumplen la mayoría de edad y los que hayan sido derivados a la Unidad de adultos;
Nº de pacientes en seguimiento derivados a USM adultos a los 18 años / nº total de pacientes en seguimiento en USMIJ que hayan cumplido los 18 años

- Registro del motivo por el que, si se da el caso, los pacientes no continúen el seguimiento especializado en la USM de adultos: alta médica, abandono, derivación a otro recurso especializado. Nº pacientes derivados desde la USMIJ a la USM que mantienen asistencia al recurso tras 6 meses de la derivación/nº pacientes derivados desde la USMIJ a la USM.

-Cuestionario de satisfacción en la derivación para pacientes y sus familias.

-Valoración de la utilidad del acompañamiento por parte de los profesionales que derivan y que lo reciben: escala Likert.

DURACIÓN

Diciembre 2018: Elaboración del plan de continuidad entre unidades.

Enero 2019: Registro de los pacientes que cumplan mayoría de edad en 2019 (se irá actualizando de forma continua conforme se reciban nuevos pacientes).

Febrero-noviembre 2019: Implementación del Plan de calidad (Consentimiento, realización del Informe de derivación, reuniones de coordinación entre equipos, entrevista de despedida, presentación y acogida por parte de la nueva unidad)

Diciembre 2019: Cálculo de indicadores y cuestionarios, evaluación del plan y del cumplimiento de objetivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1087

1. TÍTULO

MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018_0184)

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE MARCOS CEBOLLA POLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro USM INFANTO JUVENIL CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD BOUZAN CRISTINA
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL
DELGADO MIGUEL MARIA PILAR
MARCO GOMEZ BARBARA MARIA
GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA
LABORDA HIGES FATIMA MARIA
ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA
GARCIA RAPUN MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal utilizando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos durante el segundo trimestre de 2019. Se han revisado las 25 primeras interconsultas virtuales recibidas en la USM desde atención primaria correspondientes a los meses de abril, mayo y junio. Se constituyó una plantilla para la recogida de datos como edad, sexo, procedencia (rural vs urbano), prioridad (normal vs preferente), motivo de consulta, contacto telefónico para la entrevista estructurada, etc. Se desecharon aquellas derivaciones que por procedencia (atención especializada) o por error en su emisión, no llegaron a través de esta herramienta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez revisadas las Historias clínicas de las derivaciones a la USM durante esos meses, se obtuvieron datos de un total de 75 pacientes con los siguientes datos descriptivos más relevantes. (Entre paréntesis y negrita los recogidos en la primera memoria en Junio de 2019)

Edad: 36% (43,2%) de las derivaciones son de edades comprendidas entre 41-60 años, constituyendo como el año anterior el rango de edad más frecuente. El segundo, fue el de 18-30 años de edad con un total de 20 pacientes derivados, seguido del grupo de pacientes de entre 61 y 80 años (17,3%).

Sexo: Mujeres 54,7% (64%) Hombres 45,3% (36%)

Diagnósticos: Como en 2018, el primer motivo de consulta fue la presencia de síntomas depresivos, ansiosos o adaptativos mixtos en contexto de dificultades personales, familiares o laborales con un 44% del total de derivaciones. Primer o recurrente episodio depresivo mayor con un 12%, un 10% de pacientes fueron derivados por consumo abusivo de tóxicos (alcohol y/o cannabis en todos los casos), al igual que diagnósticos vinculados a la psicosis (fundamentalmente descompensación clínica en pacientes con Trastorno Mental Grave o aparición de un primer brote psicótico) con otro 10%. Un total de 4 casos (8%) fueron derivados por alteraciones conductuales, abandono farmacológico o reciente traslado al sector de pacientes con Trastorno de la Personalidad diagnosticados previamente. Tres pacientes (6%) fueron derivados por Trastorno de Ansiedad Generalizada, un 4% por Trastornos del humor persistente (distimia), y un 2% derivaciones por Trastorno somatomorfo, de control de impulsos y con adversidad psicosocial grave con un caso cada uno.

Prioridad: Normal 77,3% (86%), preferente 21,4% (14%) y urgente 1,3% (0%). Cabe destacar que, en 5 casos derivados con prioridad normal, se modificó la atención a preferente tras la recogida de datos en la entrevista telefónica.

Nacionalidad: Española 80% (80%) y extranjera 20% (20%)

Procedencia: Urbano 48% (57%) frente a CS rural 52% (43%).

Historia Previa en USM Calatayud: 36% con Historia previa (30%) frente al 64% de los casos (70%), que acudían por primera vez a la USM.

Contactados a través de entrevista telefónica: Se pudo realizar la entrevista telefónica a un 81,3% de los pacientes derivados (76% en 2018) lo que se traduce en un aumento respecto a la muestra del año anterior. En 8 de los 75 casos de 2019, un total de 10,6%, el profesional de enfermería no pudo contactar para este fin, frente al 24% del año anterior. Otros motivos "justificados" por los que no se contactó vía telefónica fueron: Ingreso hospitalario del paciente en el momento de la derivación, respuesta del profesional de la USM en la propia interconsulta al facultativo solicitante en el que se añadían pautas farmacológicas para la mejoría clínica sin que fuese preciso su posterior citación presencial ó la remisión a otro recurso especializado no existente en el sector Calatayud (Centro Solidaridad para deshabitación de tóxicos).

Asistencia a primera consulta: Un 76,5% de los pacientes citados (68% en 2018) acudieron a la primera consulta presencial, frente un 23,6% (32%) que no acudieron a la primera cita con profesional de USM.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una adecuada recogida de datos a través de la entrevista telefónica. facilita la comunicación y coordinación interprofesional, y permite establecer la prioridad, profesional de referencia y planes terapéuticos que seguirán los pacientes derivados a la USM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1087

1. TÍTULO

MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018_0184)

Con las mejoras facilitadas a los profesionales de atención primaria (proporcionar número de teléfono actualizado e informarles de la llamada telefónica que se realizará desde USM) se ha logrado disminuir significativamente el número de pacientes no contactados. Mejorar el porcentaje de primeras consultas telefónicas realizadas, repercute en obtener una completa recogida de datos biopsicosociales de los pacientes y por lo tanto, disponer de más elementos para determinar su trayectoria en el recurso.

7. OBSERVACIONES.

Dificultades:

Como instrumentos de mejora en este apartado respecto a las dificultades referidas en la memoria del año pasado, se ha reconocido la llamada telefónica previa al día de consulta, realizada desde enfermería, como uno de los factores que mejor contribuyen al recordatorio de la misma. Si tomamos la muestra de los pacientes contactados desde enfermería (61 pacientes de los 75 totales), más del 85% acudieron posteriormente a la cita presencial, por lo que se deduce que la entrevista telefónica pueda significar un primer elemento de anclaje y vinculación de los pacientes con el recurso.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1087 ===== ***

Nº de registro: 1087

Título
MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLA POLA MARCOS, LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL, ABAD BOUZAN CRISTINA, LABORDA HIGES FATIMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal utilizando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos durante el segundo trimestre de 2018. Se han revisado las 25 primeras interconsultas virtuales recibidas en la USM desde atención primaria correspondientes a los meses de abril, mayo y junio. Se constituyó una plantilla para la recogida de datos como edad, sexo, procedencia (rural vs urbano), prioridad (normal vs preferente), motivo de consulta, contacto telefónico para la entrevista estructurada, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Definir la entrevista telefónica como método sistemático para la recogida de datos de los pacientes derivados a la USM.

MÉTODO

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Una vez revisadas las Historias clínicas de las derivaciones a la USM durante esos meses, se obtuvieron datos de un total de 74 pacientes (uno de ellos, declinó contestar a la entrevista telefónica como primer contacto terapéutico).
Edad: 43,2% de las derivaciones son de edades comprendidas entre 41-60 años.
Sexo: Mujeres (64%) Hombres (36%)
Diagnóstico: Ansiedad (29% casos), Depresión, trastorno adaptativo mixto (20%), fobias, abuso de sustancias, descompensación clínica en pacientes con Trastorno de Personalidad (3%), Demencia (3%), descompensaciones de pacientes con Trastorno Mental Grave (3%), TCA y TDAH. Prioridad: Normal (86%) y preferente (14%) Procedencia: Urbano (57%) frente a CS rural (43%).
Historia Previa en USM Calatayud: 70% con Hª previa frente a 30% de los casos, que acudían por primera vez a la USM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1087

1. TÍTULO

MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018_0184)

Contactados a través de entrevista telefónica: 76% frente al 24% de los casos en los que el profesional de enfermería no pudo contactar para realizar la primera entrevista.
Asistencia a primera consulta: Un 68% acudieron a la primera consulta presencial, frente un 32% que no acudieron a la primera cita con profesional de USM

INDICADORES

Resultados: Se han evaluado variables como el motivo de consulta, así como edad, sexo y procedencia (rural vs urbano) de los pacientes. Además de determinar la accesibilidad a los pacientes a través de la entrevista telefónica.

DURACIÓN

Se inició en Junio de 2018, se presentó memoria en enero de 2019 y finalizará en Junio 2019

OBSERVACIONES

Dificultades

A lo largo de estos meses donde el profesional de enfermería realiza la entrevista telefónica con el usuario en respuesta a la Interconsulta Virtual, se han encontrado las siguientes dificultades:

- Se contacta en horario comercial o laboral por lo que muchos usuarios comentan que no disponen del tiempo requerido para su realización (unos 15 minutos).
- A los usuarios les figura un número de centralita desde el que realizamos la llamada (en consulta de enfermería) por lo que también no han manifestado, que les genera desconfianza y por tanto terminan por no descolgar el teléfono.
- Por último en menor porcentaje, los números de contacto que figuran en los datos del paciente (en la propia interconsulta o en la historia electrónica o HIS) no están actualizados, por lo que el contacto telefónico no se puede realizar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 14/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

EAP Alhama de Aragón 8,83 10,88

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

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

INDICADOR Medicamentos inapropiados

GRAFICO

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

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

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

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

INDICADOR Medicamentos con riesgo Anticolinérgico

GRAFICO

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1196

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

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

1. TÍTULO

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

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

MÉTODO

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

INDICADORES

Fuente de datos:

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

Indicadores y estándar:

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 14/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

Se realizó una primera sesión formativa el 13 de marzo de 2017 a cargo de la responsable del proyecto con el personal médico y de enfermería del Centro de Salud de Alhama de Aragón y se explicó cómo realizar el proyecto y cómo solicitar las retinografías a través de la Intranet. Se propuso la revisión sistemática en las consultas programadas del paciente diabético del registro de realización de una retinografía en los últimos 3 años y propuesta de realización si procediera en el CS de Calatayud. También se propuso la revisión oportunista en consulta a demanda de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, revisión de última retinografía y propuesta de realización si procediera en el CS de Calatayud.

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

El nuevo programa se esperaba que se pusiera en marcha en octubre de 2017. Sin embargo, no lo ha hecho hasta enero de 2018.

Por este motivo, ya no se realizaron más actividades relacionadas con el proyecto desde septiembre de 2017. El 21 de enero de 2018 se informa por parte de la responsable del proyecto del resultado final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en diciembre de 2017, según el cuadro de mandos de diabetes, son los siguientes:

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

Como resultado final, un 71,43% de la población diana diabética de la ZBS de Alhama de Aragón tiene registrada la realización de una retinografía en los últimos 36 meses, superando el objetivo propuesto del 60%, a pesar de que el proyecto debió suspenderse en septiembre de 2017.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

***** ***

Nº de registro: 1197

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

INDICADORES
Fuente de datos:
1. Cuadro de Mandos de Diabetes de EAP.
2. Cuadro de Mandos de Diabetes de CIAS.
Indicadores y estándar:
1. Indicador retinografías del EAP: % de pacientes diabéticos del EAP con diagnóstico de diabetes y registro de retinografía en el último año. Objetivo superior al 60%

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

1. TÍTULO

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

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

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2.017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 18/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

- La organización, información previa y duración de las sesiones ha sido adecuada ya que se ha obtenido una media de 9 puntos sobre 10
- Contenidos adecuados, 9 puntos sobre 10.
- Profesional de la salud, capacidades de comunicación, transmisión, conocimiento de temas a tratar, empatía y fomento de la participación. Se ha obtenido la misma media.
- Conocimientos adquiridos útiles para la crianza de los hijos, misma calificación.
- Recomendable a otras familias. Misma puntuación.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1198

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

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

1. TÍTULO

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

Autores:

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

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

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

MÉTODO

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

Las sesiones tendrán lugar:

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

INDICADORES

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

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

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2017

Fecha finalización: Diciembre 2017

Responsables de su implantación:

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

Fecha de entrada: 08/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL
FUNES NAVARRO EMMANUEL
SANJUAN CORTES MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ser una persona activa física y socialmente ayuda a mejorar el bienestar mental, cognitivo y permite disfrutar de una mejor calidad de vida.

Desde la atención primaria rural, por su proximidad con el paciente, fomentamos la participación comunitaria. Introducir la actividad física como rutina diaria, como eje de la salud para las personas y como base del tratamiento de múltiples patologías, se convirtió en nuestro objetivo.

Los lugares donde realizamos la actividad son al aire libre en un entorno privilegiado como es el parque del lago termal de Alhama de Aragón de mayo a octubre, y en el camino de la Veguilla noviembre y diciembre. En Jaraba en el entorno de los balnearios Serón y Sicilia.

El equipo de atención comunitaria nos reunimos en febrero en 2 ocasiones para elaborar el proyecto en el que participamos los enfermeros, aunque más adelante se unió como colaboradora la auxiliar administrativa del centro. Una vez elaborado el proyecto, lo presentamos mediante una sesión clínica al resto de los compañeros del centro a los que después fuimos informando por correo electrónico.

Para la difusión de nuestro proyecto utilizamos carteles, en los que anunciábamos el nombre del proyecto con la idea principal del mismo y la derivación al enfermero de referencia para la inscripción de los interesados. No resultó adecuado ya que finalmente captamos a los participantes poniéndonos en contacto con las personas que conocemos que son las que posteriormente guiarán a los grupos y a través del boca a boca. Desde las consultas y desde el servicio de admisión animamos a participar en la actividad, informando de los días que los enfermeros podíamos acompañar en los paseos.

Realizamos ajustes sobre la idea principal por varios motivos:

- Dificultad de cumplimiento por parte de enfermería de la supervisión semanal de los paseos, se hizo de forma menos exhaustiva hablando con las personas que se prestaron como líderes del grupo para evaluar la actividad. En Jaraba surgieron problemas por la dispersión. Teresa y Pilar supervisaron 6 paseos ya que cada enfermera atiende a muchos municipios.

Teresa a Ibdes, Jaraba, Calmarza y laboratorio en Nuévalos. Pilar a Nuévalos, Campillo de Aragón, Abanto, Monterde, Llumes, Cimballa y laboratorio en Nuévalos.

En Alhama la dificultad surgió por la presión asistencial afectando a los enfermeros de Cetina y Alhama, Rosa y Emmanuel.

Este problema se subsanó en parte gracias a la implicación de nuestra dirección de atención primaria, ya que a partir de octubre destinó 2 jornadas al mes para realizar el trabajo comunitario de nuestro centro de salud de la mano de la referente comunitaria, Marta.

- Dificultad en unificar pequeños grupos ya formados. Al trabajar en poblaciones pequeñas, ya existen grupos en los que surgen diferencias de planteamiento de la rutina, de intensidad de la actividad y porqué no decirlo de enemistades. Nos planteamos cómo planear la actividad respetando todas las opciones... Desde el equipo de atención comunitaria valoramos positivamente el trabajo grupal, así que el día que los enfermeros podíamos supervisar intentábamos reunir a la mayor parte de los subgrupos. El resto del tiempo se nos ocurrió la idea de crear un calendario de autorregistro de la actividad física de los participantes. Lo pusimos en marcha en Alhama para posteriormente extrapolar a Jaraba y al resto de municipios si realmente funcionaba. En el reparto y recepción de calendarios fue de gran ayuda Miriam (aux. Administrativo) que se prestó voluntaria en esta parte del proyecto. La forma de registrar la actividad es por puntos verdes, colocarán un punto verde sobre el día que hayan realizado actividad física, también registrarán de la misma forma si han participado en actividades dirigidas por parte de la comarca o asociaciones, zumba, pilates, yoga, zumba gold... En un futuro la entrega de calendarios se puede realizar desde las consultas de enfermería y medicina, como una forma de recomendación y evaluación de activos comunitarios.

Paseos supervisados:

17/05/2018. Comenzamos en Jaraba con Pilar y Teresa, acuden 10 participantes y trabajan las fases del ejercicio, calentamiento, trabajo aeróbico y estiramientos. Realizan una lluvia de ideas sobre los beneficios del ejercicio regular.

31/05/2018. Durante el paseo se informan de cómo han pasado estas semanas, de la regularidad y unión del grupo, observan que se crean subgrupos según edades e intereses. La participación es predominantemente femenina con edades comprendidas entre los 40 y 80 años. Se refuerza la idea de no abandonar, recordando los beneficios del ejercicio. La participación fue de 8 personas, en Jaraba con Pilar y Teresa.

14/06/2018. El grupo se reúne en la plaza del pueblo con Teresa y Pilar, acuden 7 personas, todas mujeres y hacen una pequeña evaluación sobre los días anteriores, todas caminan al menos 4 veces por semana durante aproximadamente 1 hora, aunque siguen en grupos pequeños. El recorrido se hace por el camino que une los balnearios de Serón y Sicilia.

El grupo de Jaraba supervisado por enfermeros se fija a jueves alternos de mitad de mayo a mitad de julio.

10/07/2018. La actividad comienza a las 8,40 con 15 participantes, a todas las participantes se les ha citado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

previamente en la consulta de enfermería para pesar, medir y realizar el IMC. Al empezar la actividad se dividen en 3 grupos según la capacidad física de las integrantes, uno de ellos da 10 vueltas al lago, otro 8 y el último 4. La caminata discurre con buen ánimo y se nota en todas las participantes la voluntad de no perder el ritmo, nadie se detiene a descansar. Al terminar surge el compromiso de continuar con los paseos así como de ampliar conocimientos en temas de salud, alimentación y deporte. Enfermero responsable: Emmanuel.

25/07/2018. El paseo comienza en el parque del lago a las 8,30 con 7 participantes, todas ellas mujeres. Un grupo camina 10 vueltas y el otro 7. Durante el recorrido se explican ejercicios de calentamiento, estiramientos, hidratación y alimentación antes, durante y después del ejercicio. Rosa anima a las participantes a apuntarse a las actividades programadas por la comarca para trabajar la fuerza, resistencia y flexibilidad que no aporta el solo hecho de caminar.

05/10/2018. Comenzamos con una dinámica, el parte meteorológico, que consiste en expresar nuestro estado de ánimo antes y después de realizar la actividad, a través de los símbolos de la meteorología, nubes, sol, viento, tormenta... Caminamos unos 50 minutos y propongo que vayan pensando en los beneficios que les aporta el ejercicio. Al finalizar realizamos una lluvia de ideas: sirve para la salud mental, las piernas, la circulación, agilidad, azúcar, hipertensión, huesos, corazón, no engordar, para todo.

Participantes: 10. Conductor del grupo: Marta.

09/11/2018. Decidimos por unanimidad cambiar el recorrido al camino de la Veguilla por las condiciones climatológicas, en el lago hay mucha humedad y las hojas caídas del otoño hacen el terreno resbaladizo. Hablamos durante el recorrido de la importancia de movilizar todas las articulaciones, completamos la actividad con ejercicios de fuerza y flexibilidad del tronco superior, recomendamos que los repitan diariamente en el grupo para que entre todos recuerden el mayor número de ejercicios. Hicimos la entrega de los calendarios de autorregistro, la actividad duró 70 minutos y asistieron 7 personas. Enfermera responsable: Marta.

23/11/2018. Se suspende la actividad por las condiciones climáticas (lluvia), quedamos para el próximo día, entregamos los calendarios del mes de diciembre a la auxiliar del centro para que los reparta, hablo con la portavoz de las participantes por teléfono. Enfermera responsable: Marta.

10/12/2018. Son las 9 de la mañana, comenzamos con una temperatura de 0°C, solo 3 participantes, me comentan que el resto salen por la tarde por el frío. Recogemos los calendarios de actividad mensual, quedamos para el último paseo del año y despedida. Proponemos la reanudación del grupo a partir de marzo, agrupándonos de nuevo a las 9 de la mañana. Responsable: Marta.

14/12/2018. Solo 3 participantes se presentan para realizar la actividad, -2°C. Caminamos 50 minutos, nos despedimos, recogemos los calendarios y posponemos la actividad hasta que el tiempo lo permita. Responsable: Marta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo general del proyecto era introducir la actividad física como rutina diaria en la población diana, se ha alcanzado pero solo en el grupo de mujeres mayores de 65 años. Así pues el resto de objetivos específicos los vamos a evaluar en este grupo. Para la valoración de la modificación de los hábitos alimentarios realizamos entrevistas durante los paseos y el nivel de conocimientos por observación directa. El grado de satisfacción tanto de profesionales como de participantes ha sido alto, han transmitido que la actividad les aporta bienestar, incluso dependencia. En relación con los indicadores fijados para la evaluación los resultados son los siguientes:

Indicador 1: número de paseos supervisados 13. No conseguido.

Indicador 2: Actividad instaurada en 2 municipios de la zona básica de salud. Conseguido, en Alhama y Jaraba.

Indicador 3: Valorado por los calendarios de autorregistro. Conseguido, 70%.

Indicador 4: No valorado.

La duración de la intervención en el proyecto fue de 8 meses, de mayo a diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La difusión del proyecto se tendría que modificar, ya que las participantes son personas que habitualmente utilizan los servicios asistenciales del Centro de Salud, y queremos que nuestra propuesta se conozca en toda la comunidad, ya que va destinada a la población adulta de ambos sexos. Los carteles realizados se pueden mejorar con un tamaño mayor y en color, y distribuirlos por zonas transitadas de los municipios. También solicitando colaboración a los ayuntamientos, anunciando la actividad por megafonía en los municipios que cuenten con este servicio. La propuesta de supervisión de los paseos se limitará a los meses de marzo a octubre, ya que en los meses de condiciones meteorológicas más duras los paseos se siguen realizando en las horas centrales del día. Debemos valorar los beneficios de ampliar el ámbito de actuación en el resto de municipios, por número de habitantes, posibilidad de supervisión de los paseos o simplemente rellenando los calendarios de autorregistro y entregándolos a los referentes. Como conclusión la valoración es positiva para la comunidad gracias a la aceptación de la actividad, los participantes se han convertido en vectores de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/501 ===== ***

Nº de registro: 0501

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

Título
¿TE MUEVES? VEN, CAMINA, DISFRUTA DE TU ENTORNO

Autores:
COMPES DEA MARTA, JUDEZ JOVEN ROSA, FUNES NAVARRO ENMANUEL, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto está dedicado a fomentar estilos de vida saludables.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ser una persona activa ayuda a mantenerse ágil físicamente, mejorar el bienestar mental y social, mejorar la función cognitiva, permite disfrutar de una buena calidad de vida, mantener un peso adecuado y reducir el riesgo de desarrollar algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o cáncer de mama o colon, mejorando la evolución de algunas de ellas. La atención primaria nos permite la proximidad al paciente y facilita la comunicación mediante el mensaje breve, reiterado, de forma individual o colectiva. Por ello vamos a fomentar la participación comunitaria. Dentro de este marco de actuación la oportunidad de mejora seleccionada es informar, trabajar y promocionar hábitos de vida saludables desde la actividad comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
• Introducir la actividad física como una rutina diaria para mantener o aumentar la calidad de vida desde un punto de vista holístico de la persona, es decir biopsicosocial.
• Modificar los hábitos alimentarios inadecuados.
• Aumentar el nivel de conocimientos de los participantes, que consigan diferenciar entre los tres componentes del ejercicio: fuerza, flexibilidad y resistencia, así como los beneficios del mismo.
• Disminuir el sedentarismo.
• Reducir el IMC en los participantes con tendencia hacia el normopeso.
• Reforzar el concepto de hábitos saludables como base del tratamiento de múltiples patologías.
• Acercar el trabajo de enfermería a la comunidad, dando a conocer nuestra labor y aportando nuestro conocimiento.

MÉTODO
Se realizarán paseos diariamente de aproximadamente 50 minutos de duración, de lunes a domingo. Dependiendo de la época del año:
• Periodo invernal, de octubre a abril: en horario de 13,30 a 14,20.
• Periodo estival, de mayo a septiembre: en horario de 8,15 a 9,05.
En la localidad de Alhama de Aragón los paseos se realizarán alrededor del Lago termal, y durante el cierre del balneario Termas Pallarés pasarán al camino de la Veguilla.
En el resto de localidades se harán recorridos circulares alrededor de los núcleos poblacionales.
Un día a la semana un enfermero acompañará a los participantes, registrando la asistencia semanal, haciendo refuerzo positivo e introduciendo temas sobre alimentación, ejercicio (fuerza, flexibilidad y resistencia), tabaco, alcohol, etc. y resolviendo dudas que surjan durante la semana. Entre los responsables del proyecto se creará un turno rotatorio para que todos se involucren y aporten su conocimiento para la consecución de los objetivos del proyecto. El enfermero responsable de cada semana realizará un acta para facilitar la evaluación de la actividad.
Antes de comenzar se hará una valoración de los participantes mediante:
• Datos básicos: peso, talla, IMC y perímetro abdominal.
• Encuesta sobre estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad) Son cuestionarios diferentes según grupos de edad. Usaremos el de 18 a 64 años y el de mayores de 65.

INDICADORES
• Indicador 1: número de paseos supervisados a lo largo de 2018. Valor a alcanzar 16, valor inferior 12, valor superior 20.
• Indicador 2: implantar la actividad en al menos 2 núcleos poblacionales de la zona básica de salud.
• Indicador 3: Número de pacientes que han introducido o incrementado el ejercicio físico en su rutina diaria/ Número de pacientes captados. Estándar 60 %.
• Indicador 4: porcentaje de satisfacción de los participantes que se medirá con una encuesta valorando la utilidad, los beneficios adquiridos y la capacidad del personal sanitario.
Para la medición de los indicadores se utilizarán la toma de datos básicos personales y la cumplimentación de encuestas y escalas de valoración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

DURACIÓN

Fecha de inicio: mayo de 2018.

Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Se informará al Balneario Termas Pallarés de la actividad a realizar para solicitar su visto bueno.

Se contactará con asociaciones de vecinos, mujeres, personas mayores para dar a conocer nuestro proyecto

Se nombrará a 2 personas voluntarias como portavoces del grupo para realizar el seguimiento diario, mantendrán una comunicación directa con la responsable del proyecto al menos una vez al mes vía telefónica.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
FUNES NAVARRO EMMANUEL
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos del proyecto fueron:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos una espirometría.
2. Contribuir a aumentar el registro de pacientes con EPOC, actualmente en el 4,01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de "Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas" en 2018.
4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.

GRUPOS DESTINATARIOS:

Pacientes EPOC >40 años y < 80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.

INTERVENCIONES:

Realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de "Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas" y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

ACTIVIDADES REALIZADAS A LO LARGO DEL AÑO.

Se realizó una primera sesión el 5 de febrero de 2018 a cargo de la responsable del proyecto con el EAP y se dividió en 2 partes:

1. Parte teórica donde se mostraron los distintos tipos de dispositivos existentes.
2. Taller práctico de uso de inhaladores.

Se creó una agenda de espirometrías quincenal con un máximo de 2 espirometrías al día, empleando la 1ª quincena de cada mes para la realización de espirometrías en Alhama y la segunda quincena en Nuévalos.

Se reunieron los enfermeros el 12 de febrero de 2018 y se acordó revisar una vez al mes el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión para valorar el grado de cumplimiento del indicador "Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas".

En el mes de mayo se vuelve a reunir el personal de enfermería y se valora la posibilidad de sustituir el cuestionario que se preveía pasar a los pacientes por la observación del uso correcto/incorrecto de los inhaladores debido a la dificultad que les suponía a gran parte de dichos pacientes. Para ello se le pide al paciente que use su inhalador sin darle ninguna indicación, después se le enseña a usarlo corrigiendo sus posibles errores y por último se le pide que lo vuelva a utilizar después de nuestras indicaciones

Para la realización de las espirometrías se usan 2 métodos:

Captación en consulta programada de enfermería
A partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC.

Varios pacientes que han acudido a lo largo de este año al Servicio de Neumología han aportado copia de la espirometría realizada allí, previa petición desde Atención Primaria.

Por problemas de agenda, no ha sido posible rotar por el servicio de Neumología con la enfermera de consultas externas de Neumología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

A principios de enero, se entrega a la responsable del proyecto los resultados obtenidos y se ponen en común dichos resultados con el EAP el 18 de febrero de 2018.

Se realizó una primera sesión el 5 de febrero de 2018 a cargo de la responsable del proyecto con el EAP y se dividió en 2 partes:

1. Parte teórica donde se mostraron los distintos tipos de dispositivos existentes.
2. Taller práctico de uso de inhaladores.

Se creó una agenda de espirometrías quincenal con un máximo de 2 espirometrías al día, empleando la 1ª quincena de cada mes para la realización de espirometrías en Alhama y la segunda quincena en Nuévalos.

Se reunieron los enfermeros el 12 de febrero de 2018 y se acordó revisar una vez al mes el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión para valorar el grado de cumplimiento del indicador "Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas".

En el mes de mayo se vuelve a reunir el personal de enfermería y se valora la posibilidad de sustituir el cuestionario que se preveía pasar a los pacientes por la observación del uso correcto/incorrecto de los inhaladores debido a la dificultad que les suponía a gran parte de dichos pacientes.

Para ello se le pide al paciente que use su inhalador sin darle ninguna indicación, después se le enseña a usarlo corrigiendo sus posibles errores y por último se le pide que lo vuelva a utilizar después de nuestras indicaciones

Para la realización de las espirometrías se usan 2 métodos:

Captación en consulta programada de enfermería

A partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC.

Varios pacientes que han acudido a lo largo de este año al Servicio de Neumología han aportado copia de la espirometría realizada allí, previa petición desde Atención Primaria.

Por problemas de agenda, no ha sido posible rotar por el servicio de Neumología con la enfermera de consultas externas de Neumología.

A principios de enero, se entrega a la responsable del proyecto los resultados obtenidos y se ponen en común dichos resultados con el EAP el 18 de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al indicador 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1<70 se ha obtenido un 74,75%, respecto al 100% que era el resultado esperado. Aquí han influido varios factores, un porcentaje de pacientes se ha negado a realizar la prueba, otros han sido incapaces de realizar la técnica, y la avería técnica el espirómetro impidió realizar espirometrías desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre, con lo que el tiempo se nos echó encima.

Con respecto al indicado 2: % de prevalencia de EPOC, se ha obtenido un 5,44%, aumentando la prevalencia EPOC con respecto a 2017.

El indicador 3: % de pacientes con diagnóstico EPOC y registro de "Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas" en el último año ha conseguido un resultado del 85,43%, frente al 60% esperado, destacando la implicación del personal de enfermería para mejorar el registro.

Por último, el indicador 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de EPS, ha obtenido los siguientes resultados: antes de la EPS un 72,72% de los pacientes usaba correctamente los inhaladores, y posteriormente un 85%. El 15% restante eran pacientes que bien por edad, falta de colaboración o incapacidad para realizar bien la técnica no fueron capaces de usar con éxito el inhalador. En dichos pacientes se insiste en cada consulta como realizar correctamente la técnica. También es reseñable que algunos pacientes que están diagnosticados de EPOC no usan ningún dispositivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Trabajar en una ZBS con mucha dispersión dificulta la realización de actividades con la población porque no disponen de medios de transporte para acceder a dichos servicios, muchos de ellos no están dispuestos a desplazarse para realizar estas actividades.

Muchas veces se da por hecho que los pacientes saben realizar ciertas técnicas por el simple hecho de que llevan mucho tiempo realizándolas, cuando en realidad no es así, el personal de enfermería debería estar atento al uso correcto de los inhaladores, refrescando dichos conocimientos cada cierto tiempo.

En nuestra ZBS, la dispersión es tal, que funcionamos como 2 centros de salud y aunque la implicación de los profesionales es importante, es necesario dotar del material suficiente a ambos centros para poder realizar un proyecto de calidad de tanta envergadura, por lo que hemos solicitado a dirección la adquisición de un segundo espirómetro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

La espirometría es una técnica que tiene una cierta dificultad y los profesionales deberían estar formados y actualizados para poder realizarla con éxito, por lo que sería interesante recibir formación continuada todos los años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título
PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, FUNES NAVARRO EMMANUEL, JUDEZ JOVEN ROSA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrías por parte del personal de enfermería. Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%. Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:
1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
2. Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
Intervenciones: realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrías.
2. Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3. Creación de una agenda para la realización de espirometrías, con un máximo de 2 espirometrías al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometría, se solicitará una copia de la misma.
4. Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

- realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.
- 5. Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.
- 6. Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

INDICADORES

- 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1 < 70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 2: % de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018
- 3: % de pacientes con diagnostico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Periodo de evaluación al finalizar el año.

DURACIÓN

Abril 2018 a 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 - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
FUNES NAVARRO ENMANUEL
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2019 se manda la memoria del anterior proyecto al director médico de A.P. y se decide continuar con este trabajo como proyecto de continuación. En abril se solicita a dirección el listado de fumadores y el 3 de junio se realiza una reunión con el EAP y se repasan objetivos, indicadores y cartera de servicios del paciente EPOC. En la misma se reparten una serie de cuestionarios para entregar a los pacientes EPOC y realizar un cuestionario pre y post educación para la salud. La idea inicial era entregar los cuestionarios, realizar una serie de charlas sobre el manejo de inhaladores con los pacientes EPOC y al finalizar la charla, entregarles el mismo cuestionario para valorar lo aprendido. Finalmente se han sustituido las charlas grupales por EPS individualizada en consulta de enfermería.

El método utilizado para la realización de COPD-6 y espirometrías es el mismo que en 2018. Captación en consulta programada de enfermería a partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC. Algunos de estos pacientes han aportado copia de la espirometría realizada en consultas externas de neumología, previa petición desde Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al indicador 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tiene un FEV1/CVF<70%, nos habíamos marcado un objetivo del 80%. Se han realizado 90 espirometrías a un total de 117 pacientes EPOC, lo que supone que un 76,92% de los pacientes tiene una espirometría realizada en los últimos 2 años. No se ha realizado espirometría a 27 pacientes, un 23,07% del total. Entre las causas para su no realización podemos enumerar las siguientes:

- Patología neurodegenerativa: 3 (11,11%)
- Edad: 4 (14,81%)
- Falta de colaboración: 2 (7,40%)
- Incomparecencia: 4 (14,81%)
- Error diagnóstico: 2 (7,40%)
- Patología cardiovascular: 1 (3,70%)
- Otras patologías: 1 (3,70%)
- No realizadas: 10 (37,03%)

Con respecto al indicador 2: % de prevalencia EPOC. Nuestro objetivo era conseguir al menos un 5,44%, consiguiendo finalmente aumentar nuestra prevalencia EPOC hasta un 6,31%.

En el indicador 3: % de pacientes fumadores entre 40-80 años a los que se les ha realizado un COPD-6 se ha obtenido un 72,34%, realizándose 191 COPD-6 a un total de 264 pacientes fumadores (40-80 años). No se realizó un COPD-6 a 73 pacientes (27,65%). Dentro de las posibles causas para su no realización nos encontramos:

- Incomparecencia: 12 (16,43%)
- Negativa del paciente: 15 (20,54%)
- Falta de colaboración: 1 (1,36%)
- No localizable: 5 (6,84%)
- No realizados: 2 (2,73%)
- Desconocida: 38 (52,05%)

En cuanto al indicador 4: % de pacientes con diagnóstico EPOC y con registro en OMI de "Limpieza ineficaz de las vías aéreas" en el último año, nos marcamos un objetivo del 60%, alcanzado un 86,46%.

Por último, el indicador 5: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud, consideramos relevante comentar lo siguiente:

- o Un 85% de los pacientes desconoce el nombre del inhalador/es que utiliza, reconociéndolo por su forma, color o tamaño.
- o A la hora de tomar 2 inhaladores, el 73% sabe cual debe tomar primero pero no sabe ponerlos en orden por su nombre.
- o El 100% de los pacientes refiere haber recibido información sobre cómo utilizar su inhalador o haber recibido consejos sobre su uso, ya sea desde la consulta de Enfermería/Medicina o a través del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

Neumología.

- o En cuanto a la técnica de inhalación, un 64% realizan los 3 pasos completos, aumentando a un 96% los pacientes que realizan la apnea. Aunque sólo un 36% conozca cuanto tiempo debe durar esta apnea.
- o Un 25% no limpian el dispositivo y un 73% se enjuaga siempre después de su uso.
- o En cuanto a posibles infecciones después del uso de inhaladores, un 5,06% ha tenido úlceras bucales y un 15% candidiasis bucales.
- o Por último, el 100% realiza la técnica en la posición correcta.

Después de la consulta de educación para la salud, el porcentaje de pacientes que conoce el nombre de los inhaladores es de un 88%, en cuanto a la técnica de inhalación aumenta hasta un 78%, un 57% conoce el tiempo de apnea y un 90% sabe cada cuanto debe limpiar su dispositivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- o Se ha realizado una espirometría en los últimos 2 años al 76,92% de los pacientes EPOC y a un 91,45% del total si se tienen en cuenta aquellos pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa para su realización.
- o Se ha alcanzado una prevalencia EPOC del 6,31%, aumentando en un 63,54% nuestra prevalencia en 2 años.
- o Se ha realizado un screening al 72,34% de la población fumadora (40-80 años), ofertándose a un 82,95% del total de la población.
- o Se ha alcanzado un registro de "limpieza ineficaz de las vías aéreas" de un 86,46%, lo que supone un 39,47% y 75,83% más de registro que en el sector Calatayud y Aragón, respectivamente, donde solamente se alcanza un registro del 20,90%.
- o Tras la consulta de EPS un 88% de los pacientes conocía el nombre de los inhaladores, un 78% realizaba una técnica inhalatoria correcta, un 57% conocía el tiempo de apnea y un 90% sabía cada cuanto tenía que limpiar el dispositivo.

RECOMENDACIONES:

Trabajar en una ZBS con mucha dispersión ha dificultado la realización de este proyecto, ya que un número considerable de pacientes no dispone de medio de transporte para acceder a estos servicios, además muchos de ellos no estaban dispuestos a desplazarse para la realización de una prueba. Al contar sólo con un espirómetro, este se debe compartir por quincenas entre la zona de Alhama de Aragón y Nuévalos, lo que reduce la posibilidad de trabajar a la mitad. Como hemos dicho en otras ocasiones, nuestra ZBS es tan dispersa que funcionamos como 2 centros de salud y aunque la implicación de los profesionales es importante, sería necesario dotar del material suficiente a ambos centros, por lo que seguimos solicitando a dirección la adquisición de un segundo espirómetro

7. OBSERVACIONES.

Desde el mes de noviembre de 2019 cada enfermero cuenta con un COPD-6 en su consulta, lo que ha facilitado la posibilidad de trabajar con él, aumentando de forma considerable el screening en la población fumadora durante el último trimestre.

Las charlas grupales no se han podido realizar ya que ha resultado tremendamente difícil reunir a los pacientes en pequeños grupos, dada la gran dispersión geográfica de la ZBS, optando por una educación para la salud individualizada en la consulta de enfermería, más eficaz, fácil y cercana para los pacientes.

En cuanto a la consulta de educación para la salud, consideramos que el hecho de que un porcentaje tan alto de pacientes desconozcan el nombre de los inhaladores se debe a la edad de la población, ya que está muy envejecida, y les resulta difícil memorizar los nombres.

Algunos pacientes, por sus condiciones físicas, les resulta más sencillo y cómodo usar la cámara inhalatoria, por lo que ciertas preguntas del cuestionario fueron omitidas.

También creemos que al pasar el cuestionario inmediatamente después de realizar la consulta de EPS, el porcentaje de pacientes que corrigen errores y realizan correctamente la técnica aumenta considerablemente, por lo que consideramos oportuno realizar revisiones periódicas en consulta para asegurarnos y reforzar conceptos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, FUNES NAVARRO EMMANUEL, JUDEZ JOVEN ROSA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrías por parte del personal de enfermería. Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%. Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
 2. Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
 3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
 4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
- Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
Intervenciones: realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrías.
2. Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3. Creación de una agenda para la realización de espirometrías, con un máximo de 2 espirometrías al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometría, se solicitará una copia de la misma.
4. Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.
5. Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.
6. Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

INDICADORES

- 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1 < 70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 2: % de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018
- 3: % de pacientes con diagnóstico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Período de evaluación al finalizar el año.

DURACIÓN
Abril 2018 a 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 - 2018/0573

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO ROYO VILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Los objetivos del proyecto fueron:

1. Alcanzar una razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN de al menos un 0,6% (estándar: 0,6-1%). Para ello deberíamos pasar de una prevalencia EPOC de 4,01% a un 5,83%.
2. Conseguir que todos los pacientes con EPOC tengan realizada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme una FEV1/FVC<70%, tras identificar y descartar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización.
3. Lograr que todos los CIAS de nuestro EAP alcancen en pacientes con diagnóstico EPOC un porcentaje de registro de síntomas respiratorios en el último año, de al menos un 60% (estándar: 50-70%).
4. Registrar correctamente el resto de ítems que OMI ofrece en los Planes Personales-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, lo que implica la determinación del fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT), saturación de oxígeno y otros síntomas.
5. Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017)
6. Alcanzar al menos un 60% de pacientes con EPOC y fumadores a los que se les ha realizado una intervención breve de tabaquismo (estándar: 50-70%).

GRUPOS DESTINATARIOS:

Personas fumadoras y pacientes EPOC >40 y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.

INTERVENCIONES:

1. Creación en OMI de las agendas de espirometrías.
2. Revisión sistemática en OMI, a través del listado de cartera del servicio 307 y del cuadro de mandos de acuerdos de gestión, de todos los pacientes con registro de EPOC (R95), para detectar:
La existencia de una espirometría en los últimos 2 años con FEV1/FVC<70%, y si no existe, indicar su realización. El seguimiento semestral del protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN y su registro completo, citando al paciente en consulta si es preciso.
El tratamiento indicado en cada caso, y si no se corresponde con las guías terapéuticas, citar al paciente en consulta para su valoración y eventual cambio de tratamiento.
3. Detección médica en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años mediante el registro del protocolo Planes Personales-304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.-HÁBITOS TÓXICOS. Posteriormente, mediante el medidor portátil COPD6, en consulta a demanda o programada, se realizará una detección de posibles casos EPOC no diagnosticados, que posteriormente se confirmarán por medio de una espirometría.
4. En caso de no existir el episodio TABACO, creación del episodio P17-TABACO y cumplimentación completa del protocolo Planes Personales-319-TABACO, incluyendo la intervención sobre tabaquismo adecuada.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL AÑO:

La organización del proyecto comenzó en el mes de enero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre la mejora en el diagnóstico y seguimiento del paciente EPOC.
Se realizó una primera sesión formativa para todos los miembros del EAP, el día 5 de febrero de 2018, a cargo del coordinador del centro, repasando los conceptos básicos para la interpretación de una espirometría. Así como una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC. Por otro lado, la coordinadora de enfermería dio una segunda charla a cerca del uso y manejo de inhaladores.
El día 12 de noviembre de 2018 se realizó una segunda sesión, a cargo del responsable del proyecto, sobre los criterios diagnósticos, clasificación y tratamiento en el paciente EPOC. También se repasó prevalencia EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo.
En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara una identificación, fuera de consulta, a través del Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tuvieran un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Registrándose con un flash en OMI. Se aprovechó la consulta para rellenar dicho registro. Se realizó una identificación de nuevos pacientes EPOC, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiaron las personas fumadores con una edad comprendida entre 40-80 años, independientemente de su índice tabáquico. Los pacientes fueron citados en la consulta de enfermería, realizándose una espirometría en aquellos pacientes que tuvieran un FEV1/FEV6< 80%. También se aconsejó una revisión del tratamiento de los pacientes EPOC, para una optimización del mismo de acuerdo a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017), así como derivación a la consulta de enfermería para comprobar el uso de los mismos.
El día 10 de diciembre de 2018 se realizó una tercera sesión, a cargo de la coordinadora de enfermería, para explicar el grado de mejora en el uso de inhaladores, tras evaluar su manejo en consulta, y corregir posibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

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

errores. El responsable del proyecto repasó también el resultado en los indicadores obtenidos hasta la fecha. El día 18 de febrero de 2019 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales de diciembre 2018.

Los medidores portátiles COPD-6 no estuvieron disponibles hasta el mes de septiembre. Tampoco se pudo utilizar el espirómetro del centro durante varias semanas, desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre, debido a problemas de tipo técnico. Ambos aspectos, dificultaron parcialmente la realización de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en diciembre de 2018, según el cuadro de mandos, son los siguientes:

1. En cuanto a la razón prevalencia de EPOC registrada/ EPOC estimada, hemos aumentado la detección de pacientes EPOC en nuestra población, pasando de un 4,01% a un 5,44%, aunque no se ha alcanzado el objetivo propuesto para este año (5,83%-9,72%). Se objetivaron diferencias entre los diferentes CIAS, alcanzando 2 de ellos el estándar establecido, con un 6,50% y un 7,34%, respectivamente. A pesar de ello, todos los profesionales del equipo aumentaron sus prevalencias con respecto a 2017. El resultado global se encuentra muy por encima de la prevalencia registrada en el sector Calatayud y en Aragón, con un 4% y 3%, lo que supone una diferencia en la detección de la prevalencia EPOC de un 27% y un 45%, respectivamente.
2. El 78,43% de los pacientes EPOC tienen una espirometría realizada en los últimos 2 años. El 21,56% de los sujetos que no disponen de una espirometría se debe a uno de los siguientes motivos: causa desconocida 27,27%, edad 18,18%, procesos neurodegenerativos 4,54%, patología cardiovascular 4,54%, patología cerebrovascular 4,54%, falta de colaboración 22,72%, incomparecencia 13,63%. Descartando su realización al valorar el riesgo-beneficio de la prueba.
3. Con respecto al indicador EPOC-síntomas hemos pasado de un 69,35% a un 91,76%. Todos los miembros del EAP han aumentado su registro, alcanzado el objetivo marcado >60%. Estos datos suponen un 43% más que el sector Calatayud, y un 71% más que Aragón en su conjunto. Indicador en el que tan solo se han registrado un 21% de los pacientes en nuestra Comunidad Autónoma. En el indicador EPOC-vías aéreas se ha pasado de un 62,90% a un 95,29%, superando en todos los casos el 70% (estándar: 50-70%).
4. En el indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN se han alcanzado los siguientes resultados en el registro de los distintos parámetros: fenotipo 64,70%, escala GOLD 59,80%, índice BODEX 45,09%, test CAT 44,11%, disnea Mmrc 76,47%, tos 17,64% y expectoración 9,80%. Objetivándose una gran variabilidad entre los diferentes CIAS.
5. Se ha realizado una revisión de los tratamientos en pacientes EPOC, objetivándose una aceptable adecuación a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017. Un 80,59% siguen un tratamiento correcto, y un 2,40% se podrían considerar infratratados. El 57,84% de los pacientes realiza un seguimiento en el especialista (neumología, alergología). Se observa un 19,60% de pacientes no tratados, el 65% de reciente diagnóstico. En este tipo de pacientes se ha objetivado una falta de tiempo para poder instaurar tratamiento, así como una falta de interés por parte de algunos pacientes, ya que en su mayoría se tratan de pacientes EPOC leves, con escasos síntomas respiratorios. Un 20% no siguen tratamiento pese a realizar un seguimiento por el neumólogo, el 75% de ellos por causa no conocida, el resto porque no quieren tomar el inhalador. El 15% restante, en seguimiento por AP, no sigue el tratamiento por causa desconocida en un 66%, y el 33% restante por rechazo del paciente. También se objetivó a un paciente diagnosticado erróneamente como EPOC.
6. Por último, con respecto al registro en el indicador detección-TABACO, hemos pasado de un 68,70% a un 78,37%. Todos los miembros del equipo, a excepción de uno de los CIAS, han superado el 70%, aunque se ha aumentado su registro hasta un 68,55%. En el indicador intervención-TABACO se ha aumentado de un 84,14% a un 91,10%, muy por encima del límite marcado (estándar: 50-70%), objetivándose un 19% más de intervenciones breves que en sector Calatayud, y un 28% más que en Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La detección de pacientes EPOC para mejorar el infradiagnóstico de la enfermedad precisa de una búsqueda activa en consulta. El uso de dispositivos portátiles tipo COPD-6 facilita esta tarea, aunque sería muy útil disponer de un segundo espirómetro en el centro. Los pacientes diagnosticados en 2018 son en su mayoría EPOC leves o leve-moderados, siendo bastante reticentes al tratamiento, dada la escasez de síntomas. Se debería mejorar el registro del indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, evitando la variabilidad entre los diferentes CIAS, y también sería recomendable la optimización en el tratamiento de algunos pacientes. La presencia de dificultades técnicas, así como el retraso en la disponibilidad de los medidores portátiles, han supuesto un problema a la hora de alcanzar el objetivo marcado, por lo que nos gustaría continuar con este proyecto en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

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

ARAGON

Autores:
ROYO VILLA ALBERTO, JUSTE SERAL MARIA MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, RODRIGUEZ MUELA TERESA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
2Espirometría bianual en pacientes EPOC
3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo
Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.

Intervenciones:

1Creación en OMI de agendas de espirometrías
2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirómetro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

MÉTODO

1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018
2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento
3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada
4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3
5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores
6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico
7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud
8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

INDICADORES

Fuente de datos

1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
3Listados del Servicio 307-EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

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

4Registros individuales de OMI

5Extracciones de datos de OMI

Indicadores y estándar:

1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN.

Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6

2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%

3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas

5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

DURACIÓN

Abril 2018 a 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 - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO ROYO VILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUSTE SERAL MAR
MOROS MELUS MARIA JESUS
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO
TABUENCA FERRER LUIS
YUSTE PINEDA JAVIER MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTERVENCIONES:

1. Creación en OMI de agendas para citar espirometrías.
2. Revisión sistemática en OMI, a través del listado de cartera del servicio 307 y del cuadro de mandos de acuerdos de gestión, de los pacientes con registro EPOC (R95), para detectar:
 - La existencia de una espirometría en los últimos 2 años, y si no existe, indicar su realización.
 - El seguimiento semestral del protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN y su registro completo, citando al paciente en consulta si es preciso.
 - El tratamiento indicado en cada caso, y si no se corresponde con las indicaciones de las últimas guías terapéuticas, citar al paciente en consulta para su valoración y eventual cambio de tratamiento.
3. Detección en consulta de medicina y/o enfermería de la población fumadora entre 40-80 años mediante el registro del protocolo de Planes Personales-304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.-HÁBITOS TÓXICOS.
4. Screening mediante el medidor portátil COPD-6 de posibles casos EPOC no diagnosticados en la población fumadora, que posteriormente se confirmaran por medio de una espirometría. Utilizando para ello la consulta a demanda y/o programada.
5. En caso de no existir el episodio TABACO, creación del episodio P17-TABACO y cumplimentación del protocolo de Planes Personales-319-TABACO, incluyendo la intervención sobre tabaquismo más adecuada en cada caso.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2018:

La organización del proyecto comenzó en el mes de enero, cuando se propuso la idea de realizar un proyecto sobre la mejora en el diagnóstico y seguimiento del paciente EPOC. Se realizó una primera sesión formativa para todos los miembros del EAP el día 5 de febrero de 2018, a cargo del coordinador del centro, repasando los conceptos básicos para la interpretación de una espirometría. Así como una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC. Por otro lado, la coordinadora de enfermería dio una segunda charla a cerca del uso y manejo de inhaladores. El día 12 de noviembre de 2018 se realizó una segunda sesión, a cargo del responsable del proyecto de calidad, sobre los criterios diagnósticos, clasificación y tratamiento en el paciente EPOC. También se repasó prevalencia EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo. En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara una identificación, fuera de consulta, a través del Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tuvieran un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco, registrándose con un flash en OMI, aprovechando la consulta a demanda para rellenar dicho registro. Utilizando los datos facilitados por dirección médica de Atención Primaria del sector Calatayud se realizó una identificación de los nuevos pacientes EPOC, para ello se estudiaron las personas fumadoras con una edad comprendida entre 40-80 años, independientemente de su índice tabáquico. Los pacientes fueron citados en consulta de enfermería, realizando una espirometría a aquellos pacientes que tuvieran un COPD-6 con un FEV1/FEV6 < 80%. También se aconsejó una revisión del tratamiento de los pacientes EPOC, para una mayor optimización del mismo, de acuerdo a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017, así como una derivación a la consulta de enfermería para comprobar la correcta utilización de los mismos. El día 10 de diciembre de 2018 se realizó una tercera sesión, a cargo de la coordinadora de enfermería, para explicar el grado de mejora en el uso de inhaladores, tras evaluar su manejo en consulta y corregir posibles errores. Por otro lado, el responsable del proyecto repasó los resultados provisionales de los diferentes indicadores obtenidos hasta la fecha. El día 18 de febrero de 2019 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales a fecha 31/12/2018.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2019:

Se realizó una primera sesión el día 23 de septiembre de 2019 con el título "Educación para la salud sobre inhaladores en la consulta de enfermería" como recordatorio para todos los miembros del EAP, a cargo de la coordinadora de enfermería. Así como una revisión de los objetivos, indicadores y cartera de servicios del paciente EPOC por parte del responsable del proyecto. Por otro lado, el día 3 de octubre de 2019 se realizó una segunda sesión formativa para repasar conceptos básicos en la interpretación de espirometrías, a cargo del responsable del proyecto. Finalmente, el día 3 de febrero de 2020 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales del proyecto a fecha 31/12/19.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados a fecha 31 de diciembre de 2019, según el cuadro de mandos, son los siguientes: La prevalencia EPOC ha pasado de un 4,01% a un 5,44% en 2018 y 6,31% en 2019, respectivamente. Alcanzado el objetivo marcado para este proyecto, con una prevalencia del 5,83%-9,72%. Se han objetivado diferencias entre los diferentes CIAS, alcanzando 4 de ellos el estándar establecido, con un rango entre el 6,10%-9,14%, aunque cabe destacar que todos los profesionales del equipo aumentaron sus prevalencias con respecto a 2017. El resultado global se encuentra muy por encima de la prevalencia registrada en el sector Calatayud y en Aragón, con un 3,99% y 2,66% respectivamente, lo que supone una diferencia en la detección de la prevalencia EPOC de un 36,77% y 57,85%, con respecto al sector y nuestra CCAA.

Se han realizado 90 espirometrías a un total de 117 pacientes EPOC, lo que supone un 76,92% de los pacientes EPOC con una espirometría realizada en los últimos 2 años. Resultado similar al obtenido en 2018 (78,43%), no pudiendo alcanzar el objetivo marcado inicialmente para este proyecto (>80%). El 23,07% de los sujetos no dispusieron de una espirometría. Los motivos para su no realización se detallan a continuación: causa desconocida/no realizados 37,03%, edad 14,81%, procesos neurodegenerativos 11,11%, patología cardiovascular 3,70%, falta de colaboración 7,40%, incomparecencia 14,81%, error en el diagnóstico (pacientes no EPOC) 7,40%, otras patologías 3,70%.

Con respecto al indicador EPOC-síntomas hemos pasado de un 69,35% a un 91,76% en 2018 y 88,54% en 2019, respectivamente. Todos los miembros del EAP han aumentado su registro, aunque 2 CIAS no alcanzaron el objetivo marcado (>60%). Estos datos suponen un 49,64% más de registro que el sector Calatayud, y un 75,08% más que Aragón en su conjunto. Indicador en el que tan solo se han registrado un 22,07% de los pacientes en nuestra CCAA.

En el indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN se han alcanzado los siguientes resultados: fenotipo 66,66%, escala GOLD 61,53%, índice BODEx 44,44%, test CAT 44,44%, disnea Mmrc 77,77%, tos 88,17% y expectoración 88,17%. Objetivándose una gran variabilidad en el registro entre los diferentes CIAS.

Con respecto al fenotipo EPOC un 64,10% de los pacientes eran fenotipo A, un 21,79% fenotipo B, un 2,56% fenotipo C y el 11,53% fenotipo D. En la escala GOLD un 23,61% de los pacientes presentan un grado I de obstrucción al flujo aéreo, un 58,33% un grado II, un 13,88% un grado III y el 4,16% un grado IV. Al describir el índice BODEx nos encontramos con un 80,70% de casos leves (0-2), un 11,53% de casos moderados (3-4), un 1,92% de casos graves (5-6) y un 1,92% de casos muy graves (7-9). El 12,09% de nuestros pacientes no presentaba disnea. El 87,91% restante presentaba algún grado de disnea según la escala Mmrc, un 48,86% un grado I, un 31,81% un grado II, un 5,68% un grado III y el 1,13% un grado IV. Por último, con respecto a los síntomas tos y expectoración se objetivó que un 71,56% de los pacientes presentaban tos y un 57,84% expectoración crónica.

Se ha realizado una revisión del tratamiento en los pacientes EPOC, objetivándose una aceptable adecuación de los mismos a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017. Así, un 76,92% de los pacientes siguen un tratamiento correcto, mientras que el 23,07% se podrían considerar infratratados. El 54,68% de los pacientes realizaba algún tipo de seguimiento por el especialista (neumología, alergología), de los cuales un 4,68% no tomaba ningún tipo de tratamiento, el 33,33% de ellos por causa no conocida, el resto, un 66,66% porque el paciente lo rechazaba o se había retirado. El 45,28% de los pacientes en seguimiento por AP no tomaba ningún tipo de tratamiento, por causa desconocida en un 79,16% de los casos, mientras que en el 12,50% restante el paciente no los tomaba de forma voluntaria o evitaba acudir a la consulta para iniciar tratamiento. En 2 casos, un 8,33% de los pacientes, no recibieron tratamiento por error diagnóstico, al no tratarse de pacientes EPOC.

Se han realizado 191 COPD-6 a un total de 264 pacientes fumadores (40-80 años), lo que supone un screening del 72,34% de la población fumadora, con un rango entre los diferentes CIAS muy variable (31,57%-87,17%). Por tanto, no se realizó un COPD-6 a 73 pacientes (27,65%), dentro de las posibles causas para su no realización nos encontramos: incomparecencia 16,43%, negativa del paciente 20,54%, falta de colaboración 1,36%, no localizables 6,84%, no realizados 2,73% y causa desconocida 52,05%. Al tratarse de una nueva técnica y carecer por el momento de medidores, no nos propusimos objetivos específicos, solamente registrar el % de mediciones realizadas.

Por último, con respecto al registro del indicador detección-TABACO, hemos pasado de un 68,70% a un 78,37% en 2018 y 79,11% en 2019. Todos los miembros del equipo, a excepción de uno de los CIAS, han superado el 70%, aunque se ha aumentado su registro hasta un 63,67%. Estos resultados suponen una diferencia en la detección-TABACO de un 28,43% y 47,98%, con respecto al sector y nuestra CCAA. En el indicador intervención-TABACO se ha aumentado de un 84,14% a un 91,10% en 2018 y un 92,84% en 2019, respectivamente, muy por encima del límite marcado (estándar: 50-70%), objetivándose un 20,34% más de intervenciones breves que en el sector Calatayud, y un 30,95% más que en Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- Se ha alcanzado una prevalencia EPOC del 6,31%, aumentando en un 63,54% nuestra prevalencia en 2 años.
- Se ha realizado una espirometría en los últimos 2 años al 76,92% de los pacientes EPOC y a un 91,45% del total si se tienen en cuenta aquellos pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa para su realización.
- Se ha registrado un 91,76% y 88,54% de síntomas respiratorios en 2018 y 2019, respectivamente.
- Se ha realizado un screening al 72,34% de la población fumadora (40-80 años), ofertándose a un 82,95% del total de la población.
- Se ha registrado un 91,10% y 92,84% de intervenciones sobre tabaquismo en 2018 y 2019, respectivamente.

RECOMENDACIONES:

La detección de pacientes EPOC precisa de una búsqueda activa en consulta, ya que existe un gran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

infradiagnóstico de la enfermedad. El uso de dispositivos portátiles tipo COPD-6 facilita esta tarea, siendo muy útiles en el screening de la población fumadora. Por otro lado, sería muy importante disponer de un segundo espirómetro en la zona de Nuévalos para poder confirmar estos diagnósticos, dada la gran dispersión demográfica en nuestra ZBS.

7. OBSERVACIONES.

Cabe destacar que los medidores portátiles COPD-6 no estuvieron disponibles hasta el mes de septiembre de 2018. Tampoco se pudo utilizar el espirómetro desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre de ese mismo año, debido a problemas técnicos. Dificultando temporalmente la realización de este proyecto en 2018. En la actualidad se dispone de 4 dispositivos COPD-6, de los 2 dispositivos con los que se inicio el proyecto en 2018, lo cual ha facilitado el screening de la población fumadora en 2019. Por último, La incorporación de 3 médicos nuevos a la plantilla en el mes de octubre de 2019, como consecuencia del concurso-oposición, ha podido influir en el resultado final de algunos de los indicadores.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

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

Autores:
ROYO VILLA ALBERTO, JUSTE SERAL MARIA MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, RODRIGUEZ MUELA TERESA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:
1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
2Espirometría bianual en pacientes EPOC
3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo

Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.

Intervenciones:

1Creación en OMI de agendas de espirometrías
2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirómetro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

MÉTODO

1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento

3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada

4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3

5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores

6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico

7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud

8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

INDICADORES

Fuente de datos

- 1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
- 2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
- 3Listados del Servicio 307-EPOC
- 4Registros individuales de OMI
- 5Extracciones de datos de OMI

Indicadores y estándar:

- 1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN. Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6
- 2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%
- 3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%
- 4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas
- 5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

DURACIÓN

Abril 2018 a 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 - 2019/1268

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Fecha de entrada: 26/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL
FUNES NAVARRO EMMANUEL
PARDO HERNANDEZ PILAR
CLAVERO CHUECA DIANA
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA
ROYO VILA ALBERTO
PEREZ CABALLERO SANCHEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

RESUMEN DEL PROYECTO.CRONOGRAMA.

SEPTIEMBRE 2018. Reunión del grupo de mejora de Atención Comunitaria. Hablamos sobre los proyectos realizados y nuevas aportaciones. Se decide comenzar el trabajo comunitario en los centros educativos de la ZBS. Nos repartimos el trabajo de conocimiento de los centros y lo ponemos en común a través del correo electrónico.

CEIP Pablo Luna de Alhama de Aragón . El colegio Pablo Luna es Escuela promotora de salud. Están desarrollando el proyecto Contamos todos, sobre igualdad. También participan en el programa Plan de consumo de fruta en las escuelas.

CRA Mesa, Piedra, Alto Campillo. Tiene 8 aulas repartidas por las localidades de Ibdes, Nuévalos y Jaraba. Reciben alumnos, de los pueblos más despoblados, Llumés, Cimballa, Abanto, Monterde y Campillo de Aragón. A final de curso realizan una semana dedicada a la salud, realizan desayunos saludables donde colaboran las familias, los ayuntamientos y los comercios locales. También participan en el programa Plan de consumo de fruta en las escuelas. Tienen una escuela de familias, han trabajado los temas: resolución de conflictos dentro y fuera del centro educativo y taller del juego.

CRA Puerta de Aragón. Compuesto por las localidades de Ariza (fuera de nuestra ZBS) y Cetina (Perteneciente a nuestra ZBS) Participan en el programa Plan de consumo de fruta en las escuelas. Tienen un proyecto que se llama Por un Cole mejor con los siguientes objetivos: favorecer las relaciones entre alumnos de diferentes edades, mejorar la convivencia, capacitar a los alumnos para la resolución de conflictos sin violencia, formar en cuidado, limpieza y reciclaje.

OCTUBRE 2018. Nos ponemos en contacto con los centros a través de correo electrónico y llamadas, enviamos la carta de presentación de la estrategia comunitaria para dar a conocer nuestro servicio. Concretamos una entrevista con el director del colegio de Alhama de Aragón. Durante la misma valoramos las necesidades y posibles apoyos que podemos aportar para la consecución de los objetivos que aparecen en sus PGA de centro elaboradas al principio de curso. Tras esta tarea de reflexión decidimos elaborar el proyecto Yo me cuido.

Durante los meses de noviembre y diciembre dimos forma a las diferentes dinámicas, adaptándolas a las particularidades de cada centro educativo(número de alumnos, dificultades, problemas y características). Nos informaron sobre el número de alumnos por ciclo, clase, total de cada centro y número de familias. A partir de enero nos pusimos en contacto con los centros y con el SARES para preparar los materiales y recursos. Durante los siguientes meses fuimos elaborando las dinámicas a realizar en cada centro, ajustándolas según las características, y presentándolas a los centros educativos en las fechas previstas. Fueron las siguientes:(Las dinámicas son muy similares, solo reflejamos los cambios)

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

FECHA: 24 DE ABRIL DE 2019.

HORA: 12,30-14,00.

POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE 1º, 2º Y 3º DE INFANTIL.

LUGAR: C.E.I.P. PABLO LUNA DE ALHAMA DE ARAGÓN.

1º. PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DE LA ACTIVIDAD, DE LOS AGENTES Y DE LOS PARTICIPANTES.AGENTES: EMMANUEL Y MARTA.

2º. CUENTACUENTOS DR GUAU. POWER POINT. Lectura del texto mientras pasan las diapositivas.

3º. REFLEXIÓN- EVALUACIÓN PARTICIPATIVA. Mediante un póster con el título YO ME CUIDO. Los alumnos deberán escribir en un folio una frase, palabra, rima o dibujo sobre algún conocimiento que hayan adquirido del Dr. Guau. Sus expresiones las colocaremos sobre el póster que exhibiremos en el colegio durante el periodo lectivo y en el verano quedará colocado en el centro de salud de Alhama.

4º EVALUACIÓN. PARTE METEOROLÓGICO. RESPONDERÁN A LA SIGUIENTE PREGUNTA.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?.

Dibujarán:

un sol si la respuesta es positiva.Un sol con nubes si no lo saben o no están seguros.

Una tormenta si la respuesta es negativa.

5º. ENTREGA DE LA GUÍA NAOS PARA LAS FAMILIAS. QUEDARÁ PENDIENTE DE ENTREGAR EL FOLLETO COME BIEN, VIVIRÁS MEJOR PARA NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS.

6º. POSTERIOR TRABAJO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y DEL EQUIPO DOCENTE.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

FECHA: 15 de mayo de 2019
HORA: 10,00 a 11,30
POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE INFANTIL 1º, 2º Y 3º.
LUGAR: C.R.A. PUERTA DE ARAGÓN. CETINA.
AGENTES: Rosa y Marta.
EVALUACIÓN. Modificación del parte meteorológico por la valoración del equipo educativo del CEIP de Alhama. Cambiamos por emoticonos.
Responderán a la siguiente pregunta: ¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa? Cara sonriente si la respuesta es positiva. Cara neutra si la respuesta es no sabe, no contesta. Cara triste si la respuesta es negativa.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".
FECHA: 15 de mayo de 2019.
HORA: 12,30 A 14,00.
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria.
LUGAR: C.E.I.P. PABLO LUNA DE ALHAMA DE ARAGÓN.
AGENTES: Diana y Marta.
2º. TRABAJO SOBRE LA PIRÁMIDE NAOS.
Haremos grupos de aproximadamente 6 alumnos, 2 de primero, 2 de segundo y 2 de tercero.
GRUPO 1: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que toman para desayunar.
GRUPO 2: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que consumen para comer.
GRUPO 3: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que consumen para cenar.
GRUPO 4: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que consumen para almorzar y merendar.
GRUPO 5: durante 5 minutos harán un listado de actividades que realizan a lo largo del día y durante el fin de semana . Ej. leer, estudiar, deporte, videojuegos, tv, senderismo, música...
Sobre la pirámide en blanco colocarán las actividades que realizan y los alimentos que consumen.
JUEGO INTERACTIVO DE LA PIRÁMIDE NAOS. Preguntar a cada grupo de forma ordenada sobre dónde colocarían los iconos que aparecen a la derecha. Leer solo el resumen de la explicación, adecuada a su lenguaje y tratando de evitar que se alargue la actividad. Hay 12 grupos de alimentos y 9 actividades.
3º DEJAR UN POSTER DE LA PIRÁMIDE EN EL COLEGIO HASTA FINAL DE CURSO. Compararemos la pirámide real con la ideal. Valorar aspectos que podemos cambiar para mejorar.
4º Cada grupo creará un lema o una rima sobre lo que han aprendido. Utilizando los alimentos y actividades de la pirámide. Uno de cada columna (una actividad y un grupo de alimentos).ej. Todos los días subo las escaleras del colegio varias veces y solo una vez a la semana como chucherías.
5º ENTREGA DEL FOLLETO. Come bien, vivirás mejor. Para niños de 6 a 12 años. (Llevar 30 unidades.) Recordar el cuadernillo entregado a las familias de la estrategia naos, si lo han trabajado en familia.
6ª VALORACIÓN. PARTE METEOROLÓGICO.
7ª. POSTERIOR TRABAJO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y DEL EQUIPO DOCENTE.

Dinámica 2: pirámide NAOS. " Come sano y muévete".
FECHA: 21 de mayo de 2019
HORA: 10,00 a 11,30
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria.
LUGAR: COLEGIO PÚBLICO DE CETINA. CRA.
Agentes: Mar y Marta.

DINÁMICA 3: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete". Avanzo un paso más: la importancia de la higiene.
FECHA: 31 de mayo de 2019
HORA: 10,00 a 11,30
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 4º, 5º y 6º de educación primaria.
LUGAR: C.R.A. CETINA
AGENTES: Rosa y Marta.

PRESENTACIÓN SOBRE LA HIGIENE PERSONAL. Después colocarán sobre la pirámide Naos las normas de higiene que han aprendido: DUCHA, LAVADO DE DIENTES, LAVADO DE CABELLO, ROPA INTERIOR Y CALCETINES, HIGIENE DEL CABELLO, HIGIENE DE OÍDOS, CORTE DE PELO, AFEITADO, DEPILACIÓN, PEINADO, USO DE PERFUME O COLONIA, DESODORANTE, CORTE DE UÑAS. Cada grupo creará un lema o una rima sobre lo que han aprendido. Utilizando los alimentos y actividades de la pirámide. Uno de cada columna (una actividad y un grupo de alimentos). Añadiendo algún consejo sobre higiene personal. ej. Todos los días subo las escaleras del colegio varias veces, solo una vez a la semana como chucherías y una ducha me sienta genial para terminar la jornada.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.
FECHA: 17 junio 2019
HORA: 9,30-11,00
POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE 1º, 2º y 3º DE INFANTIL. ALUMNOS DE 1º Y 2º DE PRIMARIA
LUGAR: C.R.A. IBDES. Agentes Silvia y Marta.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".
FECHA: 17 de junio de 2019.
HORA: 11,00 A 12,30
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de educación primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

LUGAR:C.R.A. IBDES. Agentes Teresa y Marta.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

FECHA: 18 junio 2019

HORA: 9,30-10,30

POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE 1º, 2º y 3º DE INFANTIL.

LUGAR: C.R.A. JARABA. Agentes Teresa y Marta.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".

FECHA: 18 de junio de 2019.

HORA: 10,30 A 11,30

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria,

LUGAR: C.R.A. JARABA. Agentes Alberto y Marta.

DINÁMICA 3: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete". Avanzo un paso más: la importancia de la higiene.

FECHA: 18 de junio 2019

HORA:12 a 13

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 4º, 5º y 6º de educación primaria.

LUGAR: C.R.A. JARABA. Agentes Teresa y Marta.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

FECHA: 19 junio 2019

HORA: 9,30-10,30

POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE INFANTIL 1º,2º y 3º.

LUGAR: C.R.A. NUÉVALOS. Agente Marta. El resto de los agentes de la zona, Teresa, Pilar y Alberto no pueden participar puesto que asisten a las jornadas de Calidad celebradas en Teruel. Agradecemos la disponibilidad del equipo docente de Nuévalos para llevar a cabo la actividad.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".

FECHA: 19 de junio de 2019.

HORA: 10,30 A 11,30

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria.

LUGAR: C.R.A. NUÉVALOS

DINÁMICA 3: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete". Avanzo un paso más: la importancia de la higiene.

FECHA: 19 de junio 2019

HORA:12 a 13

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 4º, 5º y 6º de educación primaria.

LUGAR: C.R.A. NUÉVALOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizamos las evaluaciones del equipo de atención comunitaria, resumiendo:

La educación en autocuidados es básica en las primeras etapas de la vida.

Durante las dinámicas reforzamos conocimientos y habilidades sobre ejercicio, alimentación, higiene y relaciones sociales (bienestar físico, psíquico y social). Y conectamos al centro de salud con el centro educativo y las familias, unificando un objetivo común, la promoción de la salud.

Los alumnos tienen conocimientos sobre los hábitos saludables pero hay que reforzarlos para que los pongan en práctica.

Analizamos las evaluaciones de los centros educativos:

Los contenidos de las dinámicas son adecuados para el alumnado excepto para los niños de primero de educación infantil. Hay conceptos que no entendieron bien.

Las actividades son motivadoras.

Los recursos humanos y materiales fueron suficientes.

Ha habido coordinación entre el equipo docente y el equipo de atención comunitaria durante todo el proceso de desarrollo del proyecto.

Expresaron que les gustaría seguir manteniendo una línea de cooperación entre el centro de salud y los centros educativos.

Indicadores.

Indicador 1: Conseguido.93,3%

Definición: Número de sesiones impartidas en los centros educativos.

Fórmula: número de sesiones impartidas en los centros educativos/número de sesiones máximas posibles.(3*5= 15) x 100

Valor a alcanzar: mínimo 33% y máximo 100%

14 sesiones de 15 ofertadas. El único grupo que no participó en el proyecto fue 5º y 6º de primaria de Alhama por no cuadrar calendarios, el director expresó la necesidad de tiempo para cumplir con el programa educativo, ya que es el último ciclo de educación primaria.

Indicador 2: Conseguido 100%

Definición:Número de centros de educación infantil y primaria de nuestra Zona Básica de Salud que han recibido la actividad.

Fórmula:número de CEIP en los que se ha impartido la actividad/número total de CEIP de nuestra ZBS *100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Valor a alcanzar: mínimo 60% y máximo 100%. Actividad realizada en todos los centros de nuestra zona básica de salud: Alhama, Cetina, Jaraba, Ibdes y Nuévalos.

Indicador 3: Conseguido. 84% soles, 10,3% nubes y 4,8% de tormentas. Cambiando por emoticonos en educación infantil para facilitar la valoración.

Definición: Porcentaje de satisfacción de los participantes, que se medirá mediante una dinámica de grupo llamada parte meteorológico. Cada participante responderá a la siguiente pregunta con un pictograma.

Sol, si la respuesta es positiva. Nubes sin lluvia o con sol, si la respuesta no es ni positiva ni negativa. Nubes con tormenta y lluvia, si la respuesta es negativa.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?

Fórmula:

número de soles/número de participantes *100

número de nubes/ número de participantes *100

número de tormenta/ número de participantes *100

Valor a alcanzar: 50% de soles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración y el trabajo realizado junto con los centros educativos ha sido muy positivo, hemos visto que en los colegios rurales hay recursos personales y materiales adecuados para llevar a cabo proyectos comunitarios. Los equipos docentes han mostrado su satisfacción y motivación por la promoción de la salud. Seguiremos trabajando con los centros educativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1268 ===== ***

Nº de registro: 1268

Título

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Autores:

COMPES DEA MARTA, JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL, FUNES NAVARRO EMMANUEL, PARDO HERNANDEZ PILAR, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, CLAVERO CHUECA DIANA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ROYO VILLA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una persona sana es la que goza de un bienestar general, físico, psíquico y social y es en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan o benefician la salud, concepto que actualmente se conoce como "estilo de vida saludable". Educar a los niños y niñas en hábitos saludables desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo. Para introducir nuevos valores y que los niños y niñas adquieran hábitos saludables duraderos que influyan en su bienestar y calidad de vida será conveniente que toda la comunidad tanto educativa, sanitaria como familiar aúnen esfuerzos en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Dotar de conocimientos y habilidades básicas sobre los cuidados de la salud a los alumnos de los centros educativos de nuestra zona básica de Salud. 2. Implicar a los centros de educación y a las familias en la formación y adquisición de hábitos saludables.

3. Acercar el trabajo de prevención y promoción de la salud que se realiza en nuestro equipo de atención primaria a los miembros de la comunidad educativa de nuestra zona.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Los encargados del proyecto nos acercaremos a los centros educativos para informar sobre el proyecto y la organización del mismo.

Haremos actividades lúdicas- formativas a cerca de los cuidados de la salud según grupos de edad.

-Educación Infantil. Alumnos de 1º, 2º y 3º. Cuenta cuentos. El doctor Guau. -Educación Primaria: alumnos de 1º, 2º y 3º. Dinámica sobre la pirámide de los alimentos.

- Educación Primaria: alumnos de 4º, 5º y 6º. Elaboración de una planificación de actividades semanales sobre alimentación, higiene, ejercicio físico, descanso y ocio.

Serán grupos de máximo 30 alumnos.

Ofertaremos a todos los centros las 3 actividades, ellos elegirán, una, dos o las tres dependiendo de las características particulares de los centros. Debemos recordar que el centro escolar con más alumnos es el de Alhama de Aragón, referente para la propuesta y organización del proyecto.

Estas dinámicas se llevarán a cabo durante el tercer trimestre del curso escolar 2018-2019. Al finalizar los talleres con los grupos elaboraremos un díptico dirigido a las familias, para dar a conocer nuestra actividad y que continúen con la formación en hábitos saludables desde el hogar ya que los niños aprenden lo que viven.

También entregaremos documentación:

- La guía Come sano y muévete: 12 decisiones saludables, que forma parte de la estrategia NAOS, que es un programa desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, para promocionar una alimentación saludable, la práctica habitual de actividad física y deporte, y prevenir la obesidad, especialmente entre niños y jóvenes. Una Guía por familia.

- Folletos del programa Come bien, vivirás mejor. A cada participante según grupos de edades. De 3 a 5 años. De 6 a 12 años.

INDICADORES

Indicador N° 1:

Definición: Número de sesiones impartidas en los centros educativos.

Fórmula: número de sesiones impartidas en los centros educativos/número de sesiones máximas posibles. $(3 \times 5 = 15) \times 100$

Valor a alcanzar: mínimo 33% y máximo 100%

Indicador N° 2:

Definición: Número de centros de educación infantil y primaria de nuestra Zona Básica de Salud que han recibido la actividad.

Fórmula: número de CEIP en los que se ha impartido la actividad/número total de CEIP de nuestra ZBS $\times 100$

Valor a alcanzar: mínimo 60% y máximo 100%.

Indicador N° 3.

Definición: Porcentaje de satisfacción de los participantes, que se medirá mediante una dinámica de grupo llamada parte meteorológico. Cada participante responderá a la siguiente pregunta con un pictograma.

Sol, si la respuesta es positiva.

Nubes sin lluvia o con sol, si la respuesta no es ni positiva ni negativa.

Nubes con tormenta y lluvia, si la respuesta es negativa.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?

Fórmula:

número de soles/número de participantes $\times 100$

número de nubes/ número de participantes $\times 100$

número de tormenta/ número de participantes $\times 100$

Valor a alcanzar: 50% de soles.

DURACIÓN

1. Meses de abril, mayo y junio de 2019. Las fechas de las actividades se concretarán con cada centro educativo.

OBSERVACIONES

1. Nuestro proyecto va destinado a alumnos de educación primaria que continúan la educación secundaria en Ateca, en el IES " Zaurín". Diana, la pediatra, trabaja en los centros de salud de Ariza, Alhama y Ateca. Forma parte del equipo de atención comunitaria de Alhama y Ateca. Es el momento de formar redes a través de ella para dar continuidad a esta iniciativa, ya que en Ateca llevan trabajando varios años con el IES sobre la misma temática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

1. TÍTULO

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1220

Título
MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

Por tanto nuestros objetivos serian:

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

Los indicadores serán:

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 22/02/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1456

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

INDICADORES

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

Valor a alcanzar: 65%

Límite inferior: 60%

Límite superior: 80%

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

DURACIÓN

La duración de la actividad va a ser este año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ISRAEL ROIG BARTOLOME
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
BENDICHO ROJO CESAR
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sean realizado varias sesiones clinicas. Primera para explicar al equipo el desarrollo del proyecto; otras dos para evaluar el estado del proyecto y dificultades del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el indicador 1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año
Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%
El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 38%

En el indicador 2- No de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 100%

En el indicador 3- No de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo esta satisfecho con el resultado obtenido en este proyecto de mejora pero somos conscientes de la necesidad de continuar el trabajo iniciado para captar mas pacientes a los que realizar esta fácil prueba diagnostica.
De este modo podrán detectarse precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante la fase asintomática y establecer medidas preventivas más contundentes
Las enfermedades arteriales periféricas ya establecidas que se detecten gracias a este medio diagnostico podrán ser tratadas en nuestro Equipo de Atención Primaria o derivada a las unidades especializadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/551 ===== ***

Nº de registro: 0551

Título
MEDICION DEL INDICE TOBILLO- BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
ROIG BARTOLOME ISRAEL, DIEZ GIMENO IRENE, BENDICHO ROJO CESAR, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EAP ha sido evaluada en múltiples estudios epidemiológicos y en la población general española varía entre el 4,5-8,5%. Siendo muy dependiente de la edad y poco del sexo.
En la población de pacientes diabéticos estas cifras se incrementan notablemente. La prevalencia de EAP en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 estimada por la medición de ITB se sitúa en un 8% en el momento del diagnóstico y alcanza un 45% tras 20 años de evolución
¿También es sabido que existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica no conocida entre los pacientes con diabetes.

El pronóstico de los pacientes con enfermedad arterial periférica es variable, no obstante, es conocido que el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares está relacionado con la severidad de la EAP. También afecta negativamente a la calidad de vida y produce un deterioro funcional importante.

Todas las guías de práctica clínica aconsejan la estimación individual del riesgo cardiovascular global como herramienta básica para realizar intervenciones eficientes. La prueba más usada para la estimación de la prevalencia de la EAP es la medición del índice tobillo-brazo ITB.

Un ITB inferior a 0,9 es diagnóstico de EAP, a pesar de que más del 80% de estos sujetos no tengan manifestaciones clínicas.

La utilidad del ITB reside en detectar precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante su fase asintomática y servir como parámetro de corte para el establecimiento de medidas preventivas más contundentes antes de que el daño vascular existente se haga sintomático.

El diagnóstico precoz de la EAP supone la posibilidad de actuar de forma temprana y más agresiva sobre los factores de riesgo para evitar el primer evento cardiovascular y la pérdida de extremidad.
En este sentido la medición del ITB es la prueba más asequible para el diagnóstico precoz de una enfermedad que es mayoritariamente asintomática.
Además esta prueba es de fácil manejo en atención primaria frente a otras técnicas para evaluar el flujo sanguíneo, como Ecografía doppler o angiografías.
Es una técnica no invasiva y de bajo costo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de complicaciones vasculares en extremidades inferiores.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar a los pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado el ITB en el último año

?- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de índice tobillo-brazo.

- Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

MÉTODO

Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, planteando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Dirección de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizará una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del ITB y los valores de referencia.

La medición del índice tobillo-brazo (ITB), se define como el cociente entre la presión arterial sistólica maleolar y la presión arterial sistólica en el brazo.

Un ITB próximo a 1 (> 0,90) se considera normal, entre 0,90-0,70 se considera enfermedad arterial leve, entre 0,69 - 0,40 enfermedad arterial moderada y un valor < 0,40 indica enfermedad arterial severa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ?

INDICADORES

Los indicadores serán:

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- N° de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

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

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

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

DURACIÓN

La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año ??

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 12/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENDICHO ROJO CESAR
PELEGRIN CANTARERO ANA BELEN
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
ROIG BARTOLOME ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 1 sesiones clínicas en el equipo para explicar el proyecto y desarrollo del mismo, otra sesión para evaluación y mejora de la técnica diagnóstica de medida del índice tobillo-brazo. en otras dos reuniones de equipo repasamos el estado del proyecto, detección activa de pacientes y manejo de la educación sanitaria individualizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el indicador: Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el último año
Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%
El valor alcanzado es del 72%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

En el indicador: Numero de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el último año y a los que se les realiza esta medicion
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%
El valor alcanzado es del 100%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

En el indicador: Numero de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y autocuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%
El valor alcanzado es del 100%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha detectado un incremento de la preocupación del paciente por sus hábitos higiénico-dietéticos y el control del peso cuando han sido sometidos a esta prueba diagnóstica tras una captación activa en muchos casos. Valoramos la facilidad del manejo de la prueba y su característica incruenta somos conscientes de la importancia de mantener y potenciar a educación sanitaria dentro de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/553 ===== ***

Nº de registro: 0553

Título
MEDICION PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, BENDICHO ROJO CESAR, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE, ROIG BARTOLOME ISRAEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cardiovascular (ECV) es una de las principales causas de muerte, morbilidad y gasto sanitario en nuestra población.
La detección y control de los factores de riesgo cardiovascular sigue siendo una estrategia preventiva esencial. La obesidad es un factor contribuyente clave, tanto como factor independiente de riesgo de enfermedad cardiovascular como también a través de su asociación con otros FRCV como hipertensión, dislipemia o Diabetes Mellitus tipo 2 ".

Las guías europeas de prevención cardiovascular recomiendan combinar las estrategias de detección de poblaciones de alto riesgo con los cambios de estilo de vida. Proponen la función SCORE para cuantificar el riesgo cardiovascular.
Se establecen cuatro niveles de riesgo (muy alto, alto, moderado y bajo) con objetivos terapéuticos según el riesgo.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular mayor, cuya prevalencia se ha ido incrementando en los últimos años. Además la distribución del exceso de grasa es un parámetro importante a evaluar ya que la obesidad central o abdominal presenta un mayor riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

La medición del perímetro abdominal es un método fácil, incruento y sin costes para detectar un factor de riesgo cardiovascular que asociado a una enfermedad crónica como la diabetes incrementa este riesgo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar a pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado una determinación de perímetro abdominal en el último año.

- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de este indicador.

- Detectar pacientes diabéticos con obesidad central e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

MÉTODO

Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, planteando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar. Nos reunimos con Dirección de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizara una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del perímetro abdominal y los valores de referencia

La medición del perímetro abdominal se realiza en un punto medio entre el reborde costal y borde superior de la cresta iliaca, después de una respiración normal, con la cinta métrica sobre la piel sin hacer presión.

Un perímetro abdominal superior a 88 cms en mujeres y superior a 102 en varones definen la obesidad central.

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ??

INDICADORES

Se buscara como objetivo la medición del perímetro abdominal a pacientes diabéticos a los que no se les haya realizado esta medición en el último año

Los indicadores serán:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- N° de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

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

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

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

DURACIÓN

La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año ??

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

1. TÍTULO

ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS BAUTISTA LOPEZ MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOLERO TIRADO MARIA JOSE
BENDICHO ROJO CESAR
ROIG BARTOLOME ISRAEL
JILAVEANU CORINA MARIA
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FECHA INICIO: 01/01/2019. FECHA FIN: 11/11/2019

- 1.- APERTURA DE AGENDAS: SALAS/ESPIROMETRÍAS JUEVES A LAS 10:00H, TAMBIÉN DIRECTAMENTE PROGRAMANDO CON EL RESPONSABLE. (TENER EN CUENTA: DURACIÓN DE LA PRUEBA: 40 MINUTOS Y QUE SOLO HAY UNA BOQUILLA DE ESPIRÓMETRO Y HAY QUE ESTERILIZARLA (SOLUCIÓN DE GLUTARALDEHIDO)).
- 2.- CITACIONES DESDE ADMISIÓN: DONDE SE LES ENTREGA HOJA DE PREPARACIÓN DE ESPIROMETRÍA(PLANTILLA O.M.I.). Y DESDE CUALQUIER PROFESIONAL MÉDICO/ENFERMERÍA.
- 3.- HOJA INTERCONSULTA CON D.G.P.: PESO,TALLA, PERÍMETRO ABDOMINAL,TART,FC,SAT O2, GB, FECHA. SE APROVECHA VISITA PARA CUMPLIMENTACIÓN DE PLANES PERSONALES QUE FALTAN, YA QUE LA MAYORÍA SON PACIENTES CRÓNICOS.
- 4.- REGISTRO EN O.M.I.: SE HACE CONSTAR ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: ESPIROMETRÍA, ECG, TOMA DE CONSTANTES,REVISIÓN CALENDARIO VACUNAL,...
- 5.- CREACIÓN ARCHIVADOR: EXÁMENES ESPIROMÉTRICOS PARA EVALUACIONES POSTERIORES.
- 6.- PREPARACIÓN DOSSIER QUE SE ENTREGA EN CASILLERO DE CADA MÉDICO DE CABECERA: CONSTA DE FOTOCOPIA DE ESPIROMETRÍA INFORMADA (RESALTANDO PUNTOS CLAVE, PARA GUARDAR EN HISTORIA DE PAPEL Ó PARA DERIVACIÓN POSTERIOR SI PROCEDE, + VOLANTE DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO E.C.G. (SACADO A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES Ó DEL MARTILLO):E.C.G. REALIZADO CON TODAS LAS CONSTANTES ANTERIORES TOMADAS PARA CUMPLIMENTACION DE PLANES PERSONALES E INFORMES CORRESPONDIENTES.
- 7.- REGISTRO EN O.M.I. DE INFORME ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN O.M.I. A.P. PARA CUMPLIMENTACIÓN OBJETIVOS A.G.C.
- 8.- REALIZACIÓN DE 3 SESIONES FORMATIVAS CON LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO (MÉDICOS Y ENFERMERÍA).
A) INTERPRETACION DE CURVAS Y RESULTADOS.
B) REGISTRO INFORME DE ESPIROMETRIA EN O.M.I. Y MANEJO DE BASE DE DATOS DE ESPIROMETRO.
C) TALLER PRÁCTICO REALIZACION DE ESPIROMETRÍA CON CRITERIOS DE CALIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NÚMERO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS 2019: 28 PRUEBAS ESPIROMÉTRICAS.
HOMBRES:17.(60,714%); MUJERES:11.(39,285%).
EDAD MEDIA: HOMBRES: 60,588 AÑOS.. MUJERES: 56,636 AÑOS.
FUMADORES: HOMBRES: 17. FUMAN: 12.= 70,588%. NO FUMAN 5.= 29,411%.
MUJERES: 11. FUMAN: 6.= 54,545%. NO FUMAN 5.= 45,454%.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS: 21,
CASOS CONTROL : 7. (E.P.O.C. ASMA...) DE PATOLOGÍAS PREVIAS.
CUMPLIMENTACIÓN PLANES PERSONALES: 28.
PRUEBA VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO >6 SEG: 4. (= 14,28%)
PRUEBA NO VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO <6 SEG: 24. (= 85,77%).
PRUEBA VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO >4 SEG: 17. (= 60,714%).
PRUEBA VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO >4 Y > 6 SEG: 21. (=75%).
PRUEBA NO VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO <4 SEG: 2 X DÉFICIT HABILIDADES.

SE OBSERVA GRAN DIFICULTAD EN PACIENTES PARA REALIZAR UNA ESPIRACIÓN DE AIRE BIEN HECHA, CON FUERZA AL PRINCIPIO, DE 6 SEGUNDOS DE DURACIÓN QUE ES LO QUE PIDEN LOS ESTÁNDARES.
Nº DE DERIVACIONES A CONSULTA MEDICA ANTITABACO: 18.

PRUEBA BRONCODILATADORA EN 26 DE LAS 28 ESPIROMETRÍAS REALIZADAS.(92,857%).
HALLAZGOS:TOTAL:17.(60,7%).NORMALES:TOTAL:11.(39,2).
HALLAZGOS FUMADORES:10=(58,82,%). HALLAZGOS NO FUMADORES:7=(41,176%).
E.P.O.C.: 6 CASOS(35,294%).FEV1/FVC POST B.D.<70%;RESTO NO E.P.O.C.:22 (64,7%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

1. TÍTULO

ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

PATRÓN OBSTRUCTIVO (1= 5,88%): LEVE: 0. MODERADO: 1. GRAVE: 0.
PATRÓN RESTRICTIVO (11= 64,70%): LEVE: 8. MODERADO: 0. SEVERO: 3.
PATRÓN MIXTO (5= 29,41%): RESTRICCIÓN LIGERA+ OBSTRUCCIÓN MODERADA: 2. (NO FUMADORES).(40%).
RESTRICCIÓN LIGERA + OBSTRUCCIÓN SEVERA: 1.(FUMADOR). (20%).
RESTRICCIÓN SEVERA + OBSTRUCCIÓN SEVERA: 1.(FUMA). (20%).
RESTRICCIÓN SEVERA+ OBSTRUCCIÓN MUY SEVERA: 1.(NO FUMA). (20%).

DENTRO DEL PATRÓN RESTRICTIVO SE APRECIA: (>INCIDENCIA SOBRE FUMADORES).
1.- FUMAN: 72.72%. HOMBRES FUMADORES: 45.45%. MUJERES FUMADORAS: 27,27%.
2.- NO FUMAN:36,36%.HOMBRES NO FUMADORES:9,09%.MUJERES NO FUMADOR: 27,27%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- COMPLEJIDAD DE LA PRUEBA. ES UNA PRUEBA QUE VIENE A DURAR COMPLETA 40-45 MIN. REQUIERE UNA EXPLICACIÓN MINUCIOSA DEL PROCEDIMIENTO Y UN MÍNIMO DE HABILIDADES POR PARTE DEL PACIENTE: A VECES NO TIENEN LA COORDINACIÓN, DESTREZA SUFICIENTES (Ó BIEN POR EDAD, Ó POR CONDICIONANTES: OBESIDAD, ...) Y DEL PROFESIONAL. IMPLICACIÓN. SE OBSERVA GRAN DIFICULTAD EN PACIENTES PARA REALIZAR UNA ESPIRACIÓN DE AIRE BIEN HECHA, CON FUERZA AL PRINCIPIO, DE 6 SEGUNDOS DE DURACIÓN QUE ES LO QUE PIDEN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD. SOLO SE DISPONE DE UNA TURBINA Y HAY QUE ESTERILIZARLA, LAVADO + 20 MIN EN GLUTARALDEHIDO+ SECADO). CON LO CUAL EL N° DE PRUEBAS POR AGENDA ES = 1.

2.- HOJA INFORME ESPIROMETRÍA EN O.M.I. NO ES CLARA Y ES CAMBIANTE: PARÁMETROS EN %, PARAMETROS EN CC. MEJORÍA EN % RESPECTO TEÓRICO.

3.- NO SE PUEDE VER EL GRÁFICO DE LA ESPIROMETRÍA EN ORDENADOR, NI EL TRAZADO DEL E.C.G. SERÍA IDEAL QUE HUBIESE UN HUECO PARA ESTO EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA PARA VALORAR EVOLUCIONES.

4.- FALTA DE RECICLAJE. EN ESPIROMETRÍA ESTAMOS COMO CUANDO EMPEZAMOS A HACER ELECTROS EN LOS CENTROS, QUE ERA UNA COSA QUE ESTABA AHÍ Y AHÍ ESTABA.

5.- PERSONAS CON TALLA MENOR DE 150 CM SALEN DE RANGO DEL APARATO Y NO PERMITE VALORACIONES PRECISAS.

6.- DIFICULTADES EN EL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO EN ELECTROMEDICINA. SE FISURÓ TURBINA (POR DESGASTE: APARATO) EL 11/04/2019, SE HIZO PARTE A MANTENIMIENTO DE QUE NO FUNCIONABA EL APARATO, FINALMENTE ENTRE TÉCNICOS, PERSONAL DE ALMACENES, DIRECCIONES, Y MIEMBROS DEL EQUIPO, SE CONSIGUEN REPUESTOS NECESARIOS, Y SE DEVUELVE OPERATIVO EL 30/09/2019, ACELERANDO EN LO POSIBLE LAS AGENDAS PARA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS ANTES DE FIN DE PLAZOS.

7.- DIFICULTADES EN EL CIRCUITO DE OBTENCIÓN DE BOQUILLAS CON FILTRO BIOLÓGICO Y ADAPTADORES.

7. OBSERVACIONES.

UN SALUDO DE TODO EL EQUIPO HUMANO DEL C.S. ARIZA.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1469 ===== ***

Nº de registro: 1469

Título
IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO DIAGNOSTICO Y CRIBADO DE E.P.O.C. Y OTRAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Autores:
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, MOLERO TIRADO MARIA JOSE, BENDICHO ROJO CESAR, ROIG BARTOLOME ISRAEL, JILAVEANU CORINA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE GLORIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, MUÑOZ LOPEZ ZORAIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

1. TÍTULO

ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

PROBLEMA

- 1.- MEJORAR EL INFRADIAGNÓSTICO DE E.P.O.C. HACIÉNDO ESPECIAL HINCAPIÉ EN EL PACIENTE FUMADOR Y SIRVIÉNDO DE PUERTA DE ENTRADA LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO ES LA EXPOSICIÓN Y/O INHALACIÓN DEL HUMO DEL TABACO, INCLUIDA EXPOSICIÓN PASIVA.
- 2.- LA MORTALIDAD GLOBAL EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DEPENDE SOBRE TODO DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. EL INFRADIAGNÓSTICO, INFRATRATAMIENTO Y 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, ES POR ELLO QUE NO ACUDEN HASTA QUE NO ES CLINICAMENTE EVIDENTE Y AVANZADO SU ESTADO, PUESTO QUE RELACIONAN TOS, DISNEA, EXPECTORACIÓN CON EL TABACO Y NO CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA "E.P.O.C".
- 3.- INCLUSIÓN EN LÍNEAS ASISTENCIALES EN EL A.G.C.2019.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE E.P.O.C. MEJORA DE DATOS.
- 2.- EDUCAR AL PACIENTE EN E.P.O.C. Y CONCIENCIAR EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO: (DERIVACIÓN A CONSULTA MÉDICA, SI PRECISA: CONSULTA ANTITABÁQUICA).
- 3.- MEJORAR EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD: REGISTRO EN O.M.I. DE PLANES PERSONALES E.P.O.C.

MÉTODO

- 1.- APERTURA DE AGENDA: SALAS/ESPIROMETRÍAS JUEVES A LAS 10:00H., TAMBIÉN DIRECTAMENTE PROGRAMANDO CON EL RESPONSABLE. (TENER EN CUENTA DURACIÓN DE LA PRUEBA : 40 MIN Y QUE SOLO HAY UNA BOQUILLA DE ESPIRÓMETRO Y HAY QUE ESTERILIZARLA).
- 2.- CITACIONES DESDE ADMISIÓN: DÓNDE SE ENTREGA HOJA DE PREPARACIÓN (PLANTILLA O.M.I.) Y DESDE CUALQUIER PROFESIONAL MÉDICO/ENFERMERÍA.
- 3.- HOJA INTERCONSULTA CON D.G.P.: PESO, TALLA, PERÍMETRO ABDOMINAL, TENSIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, SATURACIÓN O₂ %, GLUCEMIA BASAL. SE APROVECHA VISITA PARA CUMPLIMENTACIÓN DE PLANES PERSONALES QUE FALTAN, YA QUE LA MAYORÍA SON CRÓNICOS.
- 4.- REGISTRO EN O.M.I. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: ESPIROMETRÍA, ECG, TOMA DE CONSTANTES, REVISIÓN CALENDARIO VACUNAL...
- 5.- CREACIÓN ARCHIVADOR: EXÁMENES ESPIROMÉTRICOS PARA EVALUACIONES POSTERIORES.
- 6.- PREPARACIÓN DOSSIER QUE SE ENTREGA EN EL CASILLERO DE CADA MÉDICO: CONSTA DE FOTOCOPIA DE ESPIROMETRÍA INFORMADA, RESALTANDO PUNTOS CLAVE, PARA GUARDAR EN HISTORIA DE PAPEL Ó PARA DERIVACIÓN POSTERIOR SI PROCEDE, MAS VOLANTE DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO E.C.G. (SACADO A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES DE O.M.I. CON E.C.G. REALIZADO CON CONSTANTES ANOTADAS PARA CUMPLIMENTACION DE INFORMES CORRESPONDIENTES.
- 7.- REGISTRO EN O.M.I. DE INFORME DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS PARA CUMPLIMENTACIÓN DE OBJETIVOS A.G.C.
- 8.- REALIZACIÓN DE 3 SESIONES FORMATIVAS CON LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO (MÉDICOS Y ENFERMERÍA).
 - A) INTERPRETACIÓN DE CURVAS Y RESULTADOS.
 - B) REGISTRO INFORME DE ESPIROMETRÍA EN O.M.I. Y MANEJO DE BASE DE DATOS DE ESPIRÓMETRO.
 - C) TALLER PRÁCTICO REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA CON CRITERIOS DE CALIDAD.

INDICADORES

- 1.- NÚMERO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS. (01/01/19-31/01/20).
- 2.- NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS POSITIVOS.
- 3.- NÚMERO DE CASOS CONTROL. PATOLOGÍAS PREVIAS.
- 4.- Nº DE DERIVACIONES A CONSULTA MÉDICA ANTITABÁCO.
- 5.- ESTRATIFICACIÓN HALLAZGOS: HOMBRES/MUJERES.
FUMADORES/NO FUMADORES; EPOC;
PATRONES OBSTRUCTIVOS: LEVE/MODERADO/GRAVE; PATRONES RESTRICTIVOS: LEVE/MODERADO/GRAVE; PATRÓNES MIXTOS.

DURACIÓN

CRONOGRAMA PREVISTO: SE LLEVA REALIZANDO DESDE 01/01/2019 Y LA FECHA FINAL PREVISTA SERÁ 01/02/2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

1. TÍTULO

ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1473

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ISRAEL ROIG BARTOLOME
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENDICHO ROJO CESAR
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA
MOLERO TIRADO MARIA JOSE
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION
JILAVEANU CORINA MARIA
MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una base de datos para facilitar a todo el personal el conocimiento de la cartera de servicios del laboratorio de referencia, las pruebas que se remiten a otros laboratorios, las pruebas que deben realizarse obligatoriamente en el hospital, así como la preparación del paciente y los tubos y recipientes adecuados para cada prueba.

Se ha realizado un estudio de las incidencias ocurridas en los procesos preanalíticos comunicadas por el laboratorio de referencia, con dos cortes semestrales, en junio y diciembre, que permiten objetivar los resultados.

Se han realizado dos sesiones clínicas en las que se han analizado los resultados de estos cortes, así como la adopción de acuerdos y consensos para la mejora efectiva de estos procesos, que constituye el fin último de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el corte de junio se contabilizaron 106 incidencias sobre un total de 525 muestras recogidas en el período, lo que da un valor de 0,20 para el indicador 1 del proyecto. Así mismo, los datos arrojan una media de 6,24 incidencias por día de estudio, que afectaron a una media de 5,76 pacientes por día de estudio.

En el corte de diciembre se contabilizaron un total de 117 incidencias sobre un total de 720 muestras, lo que da un valor de 0,16 para el indicador 1 del proyecto. De esta forma, las medidas adoptadas en a la luz de los datos analizados en el primer corte permitieron reducir la media de incidencias diarias a 5,32, reduciendo el número de pacientes afectados a 4,91 por día.

Para la obtención de estos datos se analizaron los registros de incidencias preanalíticas facilitados por el laboratorio de referencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para valorar correctamente la magnitud del problema analizado, hay que tener en cuenta que la mayor parte de incidencias registradas se corresponden con un exceso de muestras recogidas como "medida de prevención" de incidencias que realmente afecten negativamente al paciente. Por lo tanto, la primera conclusión a la que se llega es a la necesidad de corregir ciertas ineficiencias o instaurar medidas organizativas que aumenten la eficiencia y quizás un análisis más profundo de las causas que llevan a que estas se produzcan.

Otra cuestión a tener en cuenta es la inexistencia de registros de incidencias que, afectando al proceso preanalítico no son tenidas en cuenta en los registros que mantiene el laboratorio de referencia, que se limita a registrar el exceso o la falta de muestras para una solicitud de análisis, sin que existan registros de ese otro tipo de incidencias: ilegibilidad de volantes, fallos en el sistema de citas, problemas en la recogida de muestras por parte del paciente, disponibilidad de recipientes, acumulación de extracciones a domicilio, etc.

Por último, se ha observado que no es posible comparar los resultados obtenidos por el equipo con respecto a otros períodos de tiempo u otros equipos similares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1473 ===== ***

Nº de registro: 1473

Título
MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS, EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
ROIG BARTOLOME ISRAEL, BENDICHO ROJO CESAR, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, MOLERO TIRADO MARIA JOSE, DIEZ GIMENO IRENE GLORIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1473

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA FASE PREANALÍTICA TRANSCURRE DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PRODUCE LA PETICIÓN HASTA QUE LA MUESTRA LLEGA AL LABORATORIO Y COMIENZA LA FASE ANALÍTICA, IMPLICANDO TANTO AL PERSONAL SANITARIO COMO AL NO SANITARIO. CUALQUIER ERROR QUE SE PRODUZCA EN ESTA FASE PUEDE SUPONER UN RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y/O EL TRATAMIENTO, INCLUSO LA REPETICIÓN DE UNA PRUEBA MÁS O MENOS INVASIVA PARA EL PACIENTE. PARA PREVENIR CUALQUIER ERROR EN ESTA FASE O MINIMIZAR SUS EFECTOS, SE HACE NECESARIO CONOCER CADA PASO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL Y ESTANDARIZAR LAS DISTINTAS ACTUACIONES QUE SE LLEVAN A CABO EN LA MISMA.

RESULTADOS ESPERADOS

ESTANDARIZACIÓN DE LAS DISTINTAS ACCIONES DENTRO DE LA FASE PREANALÍTICA.

REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE ERRORES EN CADA UNO DE LOS PASOS, SIENDO LA POBLACIÓN DIANA EL CONJUNTO DE PACIENTES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO ANALÍTICO.

CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO EL RESTO DEL PERSONAL EN ESTA FASE, ASÍ COMO SU ORGANIZACIÓN.

CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL LABORATORIO DE REFERENCIA, ASÍ COMO LAS PRUEBAS QUE SE EFECTÚAN EN OTROS LABORATORIOS Y LAS EXTRACCIONES Y TOMA DE MUESTRAS QUE DEBEN REALIZARSE EN EL HOSPITAL.

OPTIMIZACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS PREANALÍTICOS.

MÉTODO

ELABORACIÓN DE UNA BASE DE DATOS QUE FACILITE A TODO EL PERSONAL EL CONOCIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL LABORATORIO DE REFERENCIA, LAS PRUEBAS QUE SE REMITEN A OTROS LABORATORIOS, LAS PRUEBAS QUE DEBEN REALIZARSE OBLIGATORIAMENTE EN EL HOSPITAL, ASÍ COMO LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y LOS TUBOS Y RECIPIENTES ADECUADOS PARA CADA PRUEBA, UTILIZANDO PARA ELLO LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y PUBLICADA O REMITIDA POR EL LABORATORIO DE REFERENCIA.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE LA FASE PREANALÍTICA.

ADOPCIÓN DE ACUERDOS Y CONSENSOS EN EL EAP.

INDICADORES

Indicador N° 1: Incidencias en la fase preanalítica, extracción y recogida de muestras
Definición: Número de incidencias de la fase preanalítica, extracciones y recogida de muestras.
Fórmula: Número de incidencias / Número total de analíticas y muestras recogidas
Valor a alcanzar: Disminuir en un 10% el número de incidencias con respecto al año anterior
Límite inferior:
Fuente de datos: Informe de incidencias remitido por el laboratorio de referencia.

DURACIÓN

Elaboración de base de datos en el primer trimestre del año 2019.
Sesión clínica en abril de 2019.
Evaluación y comunicación de resultados en diciembre de 2019.
Elaboración de memoria anual en diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1473

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1474

1. TÍTULO

NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE CESAR BENDICHO ROJO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROIG BARTOLOME ISRAEL
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION
JILAVEANU CORINA MARIA
MARTINEZ DONOSO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZÓ UNA PRIMERA REUNIÓN CON EL CLAUSTRO DE PROFESORES PARA DECIDIR LOS PROBLEMAS A ABORDAR Y DETERMINAR LOS OBJETIVOS, EN ELLA SE ACUERDA TRABAJAR SOBRE LAS NORMAS DE CONVIVENCIA, URBANIDAD, ABORDÁNDOLO LOS PROFESORES DESDE EL AULA COMO TRANSVERSALES Y EN REUNIONES INDEPENDIENTES CON METODOLOGÍA DE TRABAJO EN GRUPOS QUE DESARROLLE SU CAPACIDAD DE RESPETO Y DE DECISIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE PENSAMIENTO CRÍTICO QUE POTENCIA LA AUTONOMÍA DEL ALUMNO (NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS).
SE REALIZÓ UNA REUNIÓN CON LOS PADRES EN LA QUE SE LES INFORMÓ DEL PROYECTO.
SE DESARROLLARON CUATRO REUNIONES DE ALUMNOS EN HORARIO ESCOLAR, LAS NORMAS PACTADAS SON :TODAS LAS IDEAS SE ESCUCHAN Y ESTUDIAN, TODAS LAS OPINIONES SE VALORAN Y TODAS LAS DECISIONES SE TOMAN TRÁS UN PROCESO DE DELIBERACIÓN
LA ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS ES ALEATORIA, LOS GRUPOS DE TRABAJO SON DE 5 A 6 PERSONAS Y EL OBJETIVO DECIDIDO POR ELLOS HA SIDO REVISAR LAS NORMAS EXISTENTES Y DECIDIR TRAS DELIBERACIONES, CUALES CONSIDERAN MÁS IMPORTANTES Y DE QUE FORMA PUEDEN IMPLEMENTARSE.
DECIDIERON QUE LA MEJOR FORMA DE HACERLAS PUBLICAS ERA A TRAVÉS DE LETREROS COLOCADOS EN LUGARES ESTRATÉGICOS DEL COLEGIO EN LOS QUE SE RECOGÍAN SUS CONCLUSIONES REDUCIDAS A UN DECALOGO. ASÍ LO DECIDIERON Y ASÍ SE HIZO.
EN LA REUNIÓN POSTERIOR DE EVALUACIÓN DE LOS PROFESORES Y SANITARIOS, REVISAMOS METODOLOGÍA Y DECIDIMOS SEGUIR CON LA MISMA PARA EL PROXIMO AÑO 2019/2020, COMENTAMOS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS REVISANDO AQUELLOS ASPECTOS QUE PUEDEN MEJORARSE, SOBRETUDO LA GESTIÓN DE LOS TIEMPOS QUE NO SIEMPRE SE RESPETARON.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL HECHO DE IMPLICAR A LOS PADRES EN UN PROCESO DE SOCIALIZACIÓN INCLUSIVA COMO SON LAS NORMAS DE URBANIDAD ES EN SÍ UN OBJETIVO EN SÍ MISMO. EL QUE LOS HIJOS UTILICEN FORMULAS DE RESPETO HACE QUE MUCHOS PADRES SE REPLANTEEN SU UTILIZACIÓN, EL PORQUÉ QUE ALGUNAS NORMAS ESTAN EN DESUSO FUE ESTUDIADO Y ABORDADO POR LOS ALUMNOS EN SUS GRUPOS DE TRABAJO, SU CONCLUSIÓN FUE QUE LA MAYORÍA TENIAN SENTIDO PERO QUE HABÍA QUE PLANTEARLA DE OTRA MANERA, INSISTIENDO EN LA OPERATIVIDAD Y EN LOS VERDADEROS OBJETIVOS, NO DE SUMISIÓN SINO DE RESPETO Y MEJORA DE LA AUTOESTIMA DE AQUELLOS QUE LA SOCIEDAD IGNORA O DESPRECIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NO SOMOS TAN INGENUOS COMO PARA PRETENDER HABER CONSEGUIDO UNA MEJORA CONTINUA DE LA SOCIALIZACIÓN, LO QUE SE PRETENDE ES CONSEGUIR QUE SE REFLEXIONE TANTO INDIVIDUAL COMO EN GRUPO SOBRE EL PAPEL QUE Y LA IMPORTANCIA DE NUESTRO COMPORTAMIENTO SOBRE LOS DEMÁS COMPAÑEROS, SI CONSEGUIMOS QUE POR UN MOMENTO SE PLANTEEN DE FORMA CRITICA SU COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL Y EN GRUPO, SI SON CAPACES DE RESPETAR A LA PERSONA POR ENCIMA DE TODO Y ENFRENTARSE SIN VIOLENCIA PERO SIN CEDER UN APICE, DEFENDIENDO LOS VALORES QUE CONFIGURAN UNA SOCIEDAD, SI SON CAPACES DE DISCULPARSE SIN SENTIRSE VENCIDOS Y HABLAR TRAS HABER ESCUCHADO... AUNQUE SOLO SEA UN MOMENTO, ESE INSTANTE HACE QUE TODO ESFUERZO MEREZCA LA PENA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACION

Autores:
BENDICHO ROJO CESAR, ROIG BARTOLOME ISRAEL, LOPEZ MARTIN CALOS BAUTISTA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, JILAVEANU CORINA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE GLORIA, ESTERAS HENAR PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1474

1. TÍTULO

NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunidades de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Comunitarios

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las normas de convivencia se han ido perdiendo por diversos motivos, la implementación de las mismas ha sido la necesidad sentida y elegida por el claustro para trabajar con los niños dentro del programa de actuación en EPS Comunitaria, que desde hace tres años venimos realizando el CRA Puerta de Aragón y el CS de Ariza.

En salud, entendemos que la autonomía de la persona es un objetivo fundamental que debe trabajarse desde la edad más temprana. La gran oferta de información a la que tenemos acceso abarca cualquier necesidad sentida o impuesta (todo está en la red). Pecamos de ingenuos o cínicos, cuando basamos la EPS en campañas unidireccionales de transmisión de conocimientos. Lo importante es como y donde conseguir la información adecuada, como determinar por sí solos la validez y pertinencia de la misma y en virtud de las mismas ser capaces de elegir rectificando tantas veces como sea necesario.

El tema propuesto desde el Centro escolar nos sirve de excusa para lo que consideramos vital, potenciar la capacidad de elección, el respeto y la colaboración solidaria, para ello utilizamos metodologías participativas y técnicas deliberativas. Podemos afirmar sin lugar a dudas, en este caso y con la metodología utilizada, que lo importante es, más que la meta, (usar las convenciones sociales), el camino (ser conscientes de lo que representan y ser capaces de interpretarlas y usarlas para conseguir una sociedad más justa).

RESULTADOS ESPERADOS

Generales:

- promover una ciudadanía activa(**) a través de la reflexión y el dialogo
- intentar que los niños descubran por sí solos e interioricen, la necesidad de crear y aplicar normas de conducta que faciliten la vida en la comunidad promoviendo la solidaridad, el apoyo y la integración, atendiendo especialmente a los más vulnerables
- potenciar el pensamiento crítico, la capacidad de deliberar, de dialogar y el respeto propio y ajeno, promover la transición de la heteronomía a la autonomía, (intentando que el niño piense por sí mismo y tenga una mente abierta con criterio para elegir y capacidad para convivir)

Específicos:

- evitar el acoso en todas sus formas
- conseguir que no sea la tolerancia, si no el respeto a la dignidad de todas las personas, una norma de conducta irrenunciable.
- promover a través del diálogo, respuestas alternativas, firmes, reflexivas, inclusivas y empáticas enfrentadas a la manipulación y la violencia.

MÉTODO

dos reuniones de trabajo con claustro y EAP, 1 reunión explicativa con padres y alumnos, tres sesiones de 45 minutos de actividades a lo largo de lmes, al terminar cada una de las sesiones evaluación interna cualitativa y preparación de la siguiente reunión. Al terminar y tras la evaluación general, reunion de padres/madres docentes niños y sanitarios para comentar y realizar la evaluación final y preparar las actividades para el curso siguiente.

INDICADORES

- Técnicas cualitativas. Evaluaremos a) lo aprendido
 - lo enseñado
- Todo ello vinculado con los objetivos individualmente y como grupo.

DURACIÓN

Ya se han realizado las dos primeras reuniones Claustro/EAP el resto los Lunes de Mayo- Junio duracion: 45 minutos y terminar, como hacemos siempre, con unos minutos de relajación

OBSERVACIONES

Un reloj de cocina grande, tizas, folios boligrafos y una pizarra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1474

1. TÍTULO

NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 26/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

-Registro en hoja mensual de cada responsable.

23/03

20/04

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

25/05

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

-Comprobamos registro de reposición en hoja de registro.

21/09

26/10

23/11

Tema : reunimos para valoración y resultados .

ACCIONES ESPECÍFICAS

-Revisión de caducidades /medicamentos / material

-Reposición de medicación y material

-Revisión carro de paradas

-Revisión vals de Oxígeno

-Registro en hoja de estas actividades

INDICADORES

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

-Se va reponiendo y subsanando las faltas de forma semanal

-Balas de oxígeno, se pide cuando se necesita

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EVALUACIÓN

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

OBJETIVOS

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

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

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

Nº de registro: 1226

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 18/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBÁÑEZ FORNIES MONICA
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES
DIAZ VICENTE PABLO
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
ASTORGA MOLINA NOELIA
HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA
OMEDES BES MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES

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

FORMACIÓN

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

INTERVENCIÓN

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1227

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

Autores:

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

1. TÍTULO

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1227

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

1. TÍTULO

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

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 13/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez publicada la weblog en internet, se hace un seguimiento:
- del contador de número de páginas visitadas, intentando buscar una correlación entre la publicación de un determinado contenido con un mayor o menor número de visitas con el fin de identificar preferencias y programar futuras publicaciones.
- de los comentarios en cada una de las páginas publicadas
- de los correos enviados por los usuarios y respondidos por el grupo de trabajo.
Con todo ello, transferiremos una buena información con contenidos adaptados a las necesidades del usuario del Servicio de Salud.
Y esto se traducirá además en una mejora en las encuestas de satisfacción y un menor número de reclamaciones. La peculiaridad de este Proyecto hace que los resultados esperados se objetiven a medio/largo plazo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1229

Título
CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

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

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA IBAÑEZ FORNES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNEIRO ANTONIO
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con periodicidad mensual, desde el inicio del proyecto la responsable ha mantenido reuniones con la Directora del Instituto y con los profesores de Educación física en función de la disponibilidad. En los casos en los que hubiese una incomparecencia por parte de los profesores de E.F., la Directora quedaba encargada de comunicarles lo expuesto.

Respecto al equipo de Atención Primaria, se comunicaban los avances del proyecto en las reuniones del equipo, que se realizan una vez por semana.

Durante el primer trimestre se obtuvieron las medidas antropométricas de los alumnos de 1ºESO, labor se llevó a cabo por los profesores de E.F. utilizando la báscula y tallímetro del centro de salud. Con posterioridad se realizó una encuesta sobre hábitos alimenticios a los alumnos, elaborada por los miembros del proyecto.

Durante el segundo trimestre el profesor de E.F. incidía en sus clases sobre la importancia de la alimentación antes de realizar un esfuerzo físico.

Durante el tercer trimestre del año lectivo 2017/2018 se realizó con los alumnos, tal y como estaba marcado, una charla sobre alimentación y hábitos saludables por parte de la enfermera del centro de salud, responsable de éste proyecto, doña Mónica Ibañez y para este fin se utilizó como material de apoyo, un PowerPoint confeccionado por los miembros del EAP involucrados en el proyecto.

Durante el primer trimestre del año lectivo 2018/2019 se realizó a los alumnos que actualmente están cursando 2º ESO, una encuesta de satisfacción elaborada por los miembros de este proyecto y contando con la colaboración de los profesores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante la elaboración del proyecto, se marcaron los siguientes objetivos:

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

- Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.
- Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

Éstos objetivos fueron establecidos después de los resultados obtenidos tras la primera encuesta sobre hábitos de alimentación (noviembre 2017), ya que de las 57 encuestas contestadas, 35 niños no realizaban desayuno o almuerzo. Tras la encuesta de satisfacción pasada en noviembre de 2018, hemos obtenido los siguientes resultados: han contestado a la encuesta 49 alumnos, (8 menos de los que se encuestaron en el año anterior) y solamente 4 niños no desayunaban. Es decir, del total de alumnos de 1ºESO estaban desayunando de forma habitual un poco más del 22 % y ahora lo hacen más de un 53 %

Cómo indicadores hemos utilizado los siguientes:

- Encuesta de satisfacción: refleja el interés de los alumnos por el tema de la alimentación, a la mayoría les gustaría seguir aprendiendo sobre alimentación saludable a excepción de 2 alumnos que no tienen ningún interés sobre éste tema y 3 alumnos que no ven necesario seguir con ésta formación.

De ésta encuesta también obtenemos los datos sobre el cambio de hábitos de alimentación reflejado anteriormente.

- Indicador visual expresado por el profesor de E.F.: se ha de tener en cuenta puesto que hace refiere a la incidencia y repetición de la actitud que toman los alumnos respecto al balance energético. Lo que ha hecho que los alumnos estén más concienciados del tema.

- Personal del Equipo de Salud que colaboran con éste proyecto: A las tres personas nombradas inicialmente que están incluidas en el proyecto hay que sumar además la colaboración de otro enfermero que asumió el trabajo del centro de salud mientras se estaba desarrollando la actividad en el instituto. De los 10 profesionales del EAP, 4 estamos implicados, eso es un 40 % de los profesionales, valor bastante satisfactorio para un inicio.

- Personal del Equipo Docente, contamos con la colaboración de la Directora y de un profesor de E.F, pertenecientes al equipo docente de 10 ESO: Este valor del total del profesorado resulta un poco pequeño, pero hay que tener en cuenta que es un proyecto joven y está enfocado a que dure varios años, la expectativa es que aumente este porcentaje a lo largo de los años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido la primera vez que este centro de salud ha colaborado activamente con otra entidad sobre temas de salud. La inexperiencia en este ámbito hace que se vaya despacio en cuanto al cómo y el cuándo, es difícil encontrar también tiempo para reuniones entre las dos entidades, puesto que se trabaja a ritmos distintos, aún así, la experiencia ha sido bastante satisfactoria.

Trabajar con otros profesionales de distintas ramas te hace conocer más y mejor los problemas que se plantean dentro de la comunidad.

Los adolescentes necesitan una base educacional y una repetición de conceptos para que consoliden conocimientos y modifiquen hábitos. Estamos satisfechos y sorprendidos, al mismo tiempo del índice de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

en sus hábitos alimenticios.

Queda mucho trabajo por hacer ya que éste proyecto no termina aquí, sino que las actividades durarán los cuatro años de la ESO.

A nivel de la colaboración, como responsable del proyecto, estoy satisfecha. Por parte del instituto, éste año la directora me puso en comunicación con los profesores de E.F. nada más comenzar el curso y ya nos hemos reunido para planificado actividades y ya tenemos el proyecto de éste año tanto para los alumnos que cursan segundo como para los que han iniciado este año el instituto, (Io ESO). Con lo cual, este proyecto de colaboración ha quedado incluido dentro de su programa educativo.

Por parte del Equipo de Salud, aunque cueste trabajar de forma distinta, la aceptación y voluntariedad para ayudar a la realización de actividades fuera del centro va en aumento.

7. OBSERVACIONES.

Para el año siguiente se marcan los siguientes:

* Objetivos:

- Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado
- Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

* Indicadores:

- Número de alumnos que consiguen más de un 50% de aciertos del cuestionario final de evaluación.
- Porcentaje (%) de profesores que realizan el cuestionario. Se medirá mediante la siguiente fórmula : número de profesores que rellenan el cuestionario/ número de profesores a los que se les ofrece.

Aceptación en un 50% de los padres de los alumnos en relación al proyecto y su disposición a mejorar y/o modificar hábitos alimenticios en sus casas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El I.E.S. "Zaurín" de Ateca, está adherido al programa "Escuelas Promotoras de Salud". Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.

En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncope de los esperados tras realizar ejercicio físico.

Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.

De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:

3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.

En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.

44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.

22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.
Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.
Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:
El 16,3% presentaba obesidad.
El 23,6% presentaba sobrepeso.
El 43,6% presentaba valores normales.
El 10,9% presentaba desnutrición leve.
El 3,6% presentaba desnutrición moderada.
El 1,8% presentaba desnutrición severa.
3 alumnos se negaron a pesarse.
Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un 23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.
Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

RESULTADOS ESPERADOS

AL FINALIZAR ESO:

Que los alumnos lleven una alimentación saludable.
Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.
Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.
Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.
Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

EN CADA CURSO:

Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

MÉTODO

Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.
Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:
Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.
Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.
Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

INDICADORES

PARA EL CURSO 2017-18:

Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.

Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.

Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.

% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.

Nº de síncope tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.

AL FINALIZAR ESO:

Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.

1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:

Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.

% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.

2- Mediante nueva encuesta:

Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.

Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.

Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

DURACIÓN

Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.

Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.

Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.

Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.

Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.

Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.

Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.

Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.

Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA IBAÑEZ FORNES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
CLAVEIRO CHUECA DIANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante el segundo trimestre de 2019 los profesores de Educación Física impartieron una clase sobre alimentación y hábitos saludables.
- Los días 14, 21 y 28 de febrero de 2019 se realizaron desayunos saludables, a modo de buffet, en el Instituto, previamente a la realización de una actividad intensa en la clase de Educación Física, utilizando el plan de fruta del programa de Escuelas Promotoras de Salud, alimentos de Kilómetro 0 (frutos secos y chocolate negro), en colaboración con el Módulo de Cocina de dicho Instituto.
- Así mismo, dirigida a los padres de los alumnos se impartió una charla sobre buenos hábitos alimentarios, apoyada con una presentación en powerpoint.
- También se aportó información escrita a los padres (disponible en castellano, rumano y árabe) durante las revisiones pediátricas programadas a los 14 años, en el centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La participación de los alumnos en la actividad de buffet fue del 100%.
- No se pasó cuestionario a los profesores, aunque preguntados si eran conocedores del presente proyecto, todos afirmaron conocerlo, estando además 3 de ellos implicados en el desarrollo del mismo, de un total de 17 profesores.
- La asistencia de los padres a la charla fue de un 30%, los cuales acogieron de manera muy positiva el proyecto, comprometiéndose además a aplicarlo dentro del ámbito doméstico. Señalar además, que la información escrita aportada fue especialmente bien acogida entre las madres de procedencia rumana y árabe.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se valora muy positivamente la aceptación del proyecto y la implicación del profesorado en el mismo.
- La actividad de los desayunos tipo buffet fue además muy divertida, pasándolo muy bien los alumnos.
- Los profesores nos han expresado la buena disposición por parte de los alumnos a aplicar lo aprendido modificando positivamente sus hábitos alimenticios.
- Hay que señalar que la asistencia a las charlas dirigidas a los padres fue menor de la esperada.
- La entrega de apoyo escrito a las madres/padres de origen rumano o árabe fue muy bien recibida.

7. OBSERVACIONES.

Durante el curso 2018/19, además de ser el segundo año del proyecto, se inicia con los alumnos de 1º de ESO el mismo programa del proyecto Acopla Salud, con el objetivo de incorporar este proyecto en la Cartera de Servicios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El I.E.S. "Zaurín" de Ateca, está adherido al programa "Escuelas Promotoras de Salud". Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.

En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncope de los esperados tras realizar ejercicio físico.

Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.

De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:

3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.

En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.

44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.

22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.

Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.

Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:

El 16,3% presentaba obesidad.

El 23,6 presentaba sobrepeso.

El 43,6% presentaba valores normales.

El 10,9% presentaba desnutrición leve.

El 3,6% presentaba desnutrición moderada.

El 1,8% presentaba desnutrición severa.

3 alumnos se negaron a pesarse.

Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un 23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.

Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

RESULTADOS ESPERADOS

AL FINALIZAR ESO:

Que los alumnos lleven una alimentación saludable.

Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.

Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.

Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.

Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

EN CADA CURSO:

Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

MÉTODO

Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.

Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:

Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.

Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

INDICADORES

PARA EL CURSO 2017-18:

Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.

Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.

Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.

% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.

Nº de síncope tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.

AL FINALIZAR ESO:

Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD

- 1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:
Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
- 2- Mediante nueva encuesta:
Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.
Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.
Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

DURACIÓN

Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.
Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.
Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.
Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.
Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.
Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.
Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.
Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.
Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1165

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MAGDALENA MELENDO BUENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ LLORENS CARMEN
GALINDO FAGO ADRIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica en Enero de 2019 sobre las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón.

Reunión inicial con el equipo de mejora en Marzo de 2019 para presentar el proyecto, explicar su pertinencia, objetivos y actividades a realizar.

En Abril de 2019 se identifican, a través de la BDU, los pacientes nacidos entre los años 1970 y 1983 susceptibles de completar su adecuada vacunación. Se confecciona una carta informativa instándoles a acudir a la consulta de enfermería para revisar y actualizar su estado vacunal y, si procede, administrarles las dosis de vacuna convenientes.

En Mayo de 2019 se envió dicha carta. A partir de ese momento se han ido citando y atendiendo a los pacientes que han acudido, se les ha completado su historial vacunal, realizando las actuaciones necesarias en cada caso. Ha sido preciso realizar serologías en algunos pacientes, puesto que no disponían de la cartilla de vacunaciones y no recordaban haber padecido alguna de las enfermedades.

También hemos actualizado el registro del estado vacunal de la población en general, aprovechando las consultas por otros motivos.

Se han realizado reuniones periódicas trimestrales con el equipo para compartir el desarrollo del proyecto y afrontar las dificultades que han ido surgiendo. (Respuesta de los pacientes, provisión de vacunas, etc).

Reunión final del proyecto en Enero de 2020 para conocer los resultados obtenidos y los objetivos alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos obtenidos de la historia clínica de OMI-AP.

Indicador 1:

422 Pacientes entre 35 y 50 años a los que se les envió carta informativa.
45 cartas fueron devueltas por correos como desconocidos o ausentes por lo que quedaron 377 pacientes informados.

Durante el año ha acudido a revisar su estado vacunal 186 pacientes (49%). De los cuales

a)- Vacuna DT: 163 (88%) bien vacunados
23 (12%) con alguna pauta registrada pendiente de completar.

b)- T. Vírica: 24 (13%) han precisado 1 ó 2 dosis puesto que no recordaban haber padecido las enfermedades o sólo tenían una dosis de vacuna registrada.

c)- Serologías: En 56 Pacientes (30%) se han solicitado serologías, la mayoría de las cuales han resultado positivas.
Excepto en 5 casos para Varicela y 3 casos para Parotiditis en los que se precisó administrar la vacuna correspondiente.

d)- Hepatitis B: En los nacidos a partir de 1980 fue necesario completar vacunación en un total de 9 pacientes.

Indicador 2:

En la población general se ha revisado y registrado en OMI-AP su estado vacunal consiguiendo información de sus vacunaciones en un 78% de los pacientes de la zona de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1165

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

El proyecto ha supuesto para los componentes una excelente ocasión para afianzar el trabajo en equipo y una buena oportunidad para fortalecer las habilidades en el manejo de la historia clínica OMI-AP.

Hemos constatado que la población está muy concienciada de la necesidad de vacunación frente al Tétanos por lo que esta vacuna está ampliamente difundida, no precisando administrar nuevas dosis en la mayoría de los casos.

La respuesta por parte del grupo de población al que se les envió carta informativa, no ha sido la esperada, por lo que no se han cumplido el objetivo del 80% propuesto. Aún así estamos satisfechos de haber incrementado el registro vacunal, apenas existente, y el conocimiento y concienciación con respecto a la inmunización frente a algunas enfermedades. Creemos que uno de los motivos para esta baja participación puede deberse a que se trata de un grupo poblacional joven que no precisa asistencia sanitaria habitualmente.

El proyecto nos ha servido para captar a pacientes que difícilmente habrían acudido al Centro de Salud y así hemos podido completar su historial médico. Además estamos motivados para continuar con la actualización y registro en los pacientes que vayan acudiendo a la consulta a partir de ahora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1165 ===== ***

Nº de registro: 1165

Título
MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

Autores:
MELENDO BUENO MAGDALENA, GOMEZ LLORENS CARMEN, GALINDO FAGO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con motivo de la implantación de las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón, creemos conveniente realizar una búsqueda activa de aquellos pacientes entre 35 y 50 años (Población diana) con el fin de revisar y completar, si procede, su estado vacunal.
Las principales razones que nos llevan a realizar este proyecto serían las siguientes:
- La casi ausencia de registro vacunal en OMI-AP, debido a la escasa frecuentación en las consultas de enfermería de este grupo poblacional.
- Según el nuevo protocolo establecido de vacunación en adultos, la anamnesis sobre la vacunación T.V. señala como población más susceptible a los nacidos entre 1970 y 1983.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer el estado inmunológico real de la población adulta de nuestra zona de salud.
- Incrementar el porcentaje de pacientes adultos correctamente vacunados (programa de vacunación OMI- AP)
- Incrementar el porcentaje de vacunas registradas en la Zona Básica de Salud.
- Incrementar el conocimiento y la concienciación en la población diana de la Zona de Salud de estar correctamente vacunado.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1165

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

- Durante el primer cuatrimestre de 2019, se procederá a la revisión del estado vacunal actual y enfermedades padecidas de los pacientes adultos a través de sus historias clínicas.
- Información al paciente (Población diana) mediante carta informativa sobre el nuevo programa de vacunación de pacientes adultos en Aragón.
- Durante el segundo cuatrimestre de dicho año, en colaboración con los médicos de familia, se procederá a citar y realizar las serologías pertinentes para comprobar su estado inmunológico real.
- Durante el tercer cuatrimestre, citación y administración a los pacientes de las dosis vacunales correspondientes, para completar adecuadamente el calendario vacunal.
- Registro de las dosis administradas en la historia clínica de OMI-AP.
- Conclusión del proyecto : final año 2019.

INDICADORES

- Alcanzar una cobertura vacunal de al menos un 80% de la población adulta de entre 35 y 50 años.
- Alcanzar un registro vacunal en OMI-AP de al menos un 80% de la población adulta de la Zona Básica de Salud.

DURACIÓN

Año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270

1. TÍTULO

ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ADRIANA GALINDO FAGO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA JARABO MYRIAM
MODREGO IRANZO DIANA
GOMEZ LLORENS CARMEN
IBÁÑEZ FORNIES MONICA
BUENO TABERNERO ANTONIO
MELENDO BUENO MAGDALENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del proyecto, febrero de 2019, nos reunimos todos los miembros del equipo de mejora con la finalidad de explicar la pertinencia del mismo, objetivos a alcanzar, actividades a desarrollar e indicadores. En la misma reunión, se facilitan varios documentos elaborados por la responsable del proyecto basados en información extraída de diversas guías de práctica clínica y protocolos; Entre ellos se incluye de manera detallada la descripción de las actividades que se deberán llevar a cabo y el uso del material del que disponemos (Eco doppler, monofilamento de Semmens-Weinstein y diapasón).

De manera consensuada se decide comenzar el cribado con el grupo de población comprendido entre los 45 a 65 años ya que el pie diabético es una patología que afecta con mayor frecuencia a este cupo de pacientes. Se identifican a través del cuadro de mandos a 64 pacientes que reúnen dichas características y acordamos repartirlos por cupos para poder iniciar las actividades. Si los plazos lo permiten, a lo largo del año ampliaremos la cobertura de cribado al resto de grupos por edades.

Cada enfermero organizará su agenda para incluir en la misma a estos pacientes y realizar el cribado; Se acuerda revisar cada una de las historias para extraer datos de contacto y comprobar el correcto diagnóstico. El contacto con ellos se realizará vía telefónica para explicarles la pertinencia del proyecto y la importancia de formar parte del mismo, también se aprovechará la llamada para concretar las citas. A todos los pacientes se les realizará una primera revisión y a otros, incluso dos por presentar riesgo moderado o alto.

Como estrategia conjunta establecemos reuniones trimestrales para identificar posibles incidencias, buscar soluciones y comprobar el desarrollo del proyecto.

En la reunión trimestral de Octubre 2019 se identifican las siguientes incidencias: imposibilidad de contacto con determinados pacientes y negativa de otros a participar en el proyecto; También se identifica a un paciente mal diagnosticado, el cual eliminaremos de nuestra población diana. Estos datos serán tenidos en cuenta en las conclusiones del proyecto.

Finalmente, en la última reunión en Enero de 2020, los integrantes del equipo exponen de manera individual los resultados y objetivos alcanzados, para conjuntamente poder establecer el contenido de la memoria final del proyecto. Se comparten impresiones sobre el impacto y relevancia de nuestras actividades de prevención en salud sobre la población de nuestra ZBS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Partimos de una población diana de 64 pacientes que tras revisar cada una de las historias comprobamos que realmente trabajaremos con 63 ya que hay un paciente mal diagnosticado cuyo episodio de Diabetes Mellitus tipo II no se cerró en su momento; Se modifica ahora tras informar a su médico de cabecera. También debemos tener en cuenta que de esos 63 pacientes no logramos localizar a 3 de ellos y no desean participar en nuestro proyecto 5.

Datos obtenidos del cuadro de mandos en diabetes y de la historia clínica OMI-AP. Debido a incompatibilidad de plazos, la cobertura del cribado se ha mantenido durante todo el año en pacientes de 45 a 65 años, no la hemos podido ampliar el resto de edades; Nuestros resultados están afectados por este motivo y por el hecho de que el cuadro de mandos no permite acotar la búsqueda por grupos de edad.

Indicador diabetes - Pie de riesgo (%)

Proporción de pacientes diabéticos > o = 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con valoración del pie diabético de riesgo en el periodo de evaluación.

- Gris (sin revisión): en Enero de 2019 93,53% y en Diciembre de 2019 48,10%.
- Rojo (riesgo alto): en Enero de 2019 0,72% y en Diciembre de 2019 1,43%.
- Amarillo (riesgo moderado): en Enero de 2019 5,04% y en Diciembre de 2019 36,67%.
- Verde (riesgo bajo): en Enero de 2019 0,72% y en Diciembre de 2019 13,81%.

Indicador diabetes - Conocimientos (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270

1. TÍTULO

ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación; En Enero de 2019 74,76% y en Diciembre de 2019 77,70%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de este proyecto ha supuesto para los componentes una gran oportunidad de incrementar su destreza en técnicas de cribado de pie diabético, así como de conocer la importancia y repercusión del seguimiento de estos pacientes. El trabajo en equipo ha facilitado la puesta en marcha y seguimiento de las actividades, además del acuerdo en educación al paciente diabético sobre autocuidados y prevención de riesgos.

Los objetivos establecidos inicialmente han sido positivos ya que los resultados alcanzados reflejan la gran implicación por parte del personal de enfermería para contribuir al incremento del cribado de pie diabético, hecho que conlleva al aumento de conocimiento por parte de la población diabética sobre cómo deben cuidarse los pies para prevenir complicaciones. Los indicadores demuestran una mejora en la cobertura de servicios dedicados a la prevención de esta patología.

En nuestra población diana hemos observado que hay un gran número de pacientes con riesgo moderado asociado principalmente a un desarrollo de la enfermedad mayor a 10 años, deformidades y callos plantares, tabaquismo y mal control glucémico (HbA1C>8%). Sería preciso mantener la continuidad de revisiones, incluso ampliar la población diana para seguir objetivando resultados.

Como punto de mejora podríamos haber incluido la posibilidad de que parte de la población no quisiera participar en el proyecto o no se lograra localizar. Estos indicadores reflejarían la predisposición de los pacientes para contribuir a mejorar su salud. También consideramos relevante dar cobertura al 100% de la población adulta, hecho que no hemos podido cumplir debido a los plazos temporales y a la presencia de gran población que presenta un riesgo moderado de pie diabético y que por tanto hemos tenido que revalorar a lo largo del mismo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1270 ===== ***

Nº de registro: 1270

Título
ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Autores:
GALINDO FAGO ADRIANA, GRACIA JARABO MIRIAM, MODREGO IRANZO DIANA, IBAÑEZ FORNIES MONICA, GOMEZ LLORENS CARMEN, BUENO TABERNERO ANTONIO, MELENDO BUENO MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según el programa de Atención Integral de Diabetes en Aragón, aproximadamente un 30% de los pacientes diabéticos padecen polineuropatía diabética, aumentándose su prevalencia según avanza el tiempo de evolución de la enfermedad. La neuropatía, con o sin isquemia asociada, está implicada en la fisiopatología de las úlceras por pie diabético en un 85-90% de los casos, mientras que la isquemia por angiopatía diabética lo hace entre el 40-50%.

Debido a la adopción de la Estrategia de diabetes en Aragón y a la reciente creación de consultas exclusivas para la valoración, seguimiento y evaluación del Pie Diabético en el Sector Calatayud y concretamente en el Hospital Ernest Lluch, se pretende con este proyecto, conocer la prevalencia de pie diabético en nuestra zona básica de salud y hacer un uso adecuado de esos recursos sanitarios con los pacientes que así lo precisen,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270

1. TÍTULO

ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

aumentando de esta forma la calidad de vida de la población afectada y disminuyendo la prevalencia de complicaciones y el gasto asociados.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el porcentaje de revisiones del pie diabético en nuestra zona básica de salud.
Disminuir la morbilidad por complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus.
Aumentar el conocimiento sobre valoración, diagnóstico y tratamiento del Pie diabético de los profesionales de la Zona de Salud de Ateca.
Potenciar la realización de la exploración neuroisquémica del pie en pacientes con diabetes en la Zona básica de Salud de Ateca para poder establecer el grado de riesgo de desarrollar complicaciones.
Aprovechar las consultas destinadas a cribado de pie diabético para educar a la población sobre autocuidados y prevención de riesgos.
Incrementar la implicación, aprendizaje y participación en el programa de cribado de pie diabético por parte de los profesionales de enfermería de la Zona de Salud de Ateca.
Incrementar el porcentaje actual de coberturas del cribado y prevención de pie diabético en la población de riesgo.
Generar dentro de las agendas de la consulta de enfermería un espacio dedicado exclusivamente a la realización de actividades preventivas y de detección precoz de lesiones diabéticas.
Derivar a la consulta de enfermería de Pie diabético del Hospital Ernest Lluch a los pacientes cribados con pie de riesgo alto/ulcerado.

MÉTODO

Realización de sesiones clínicas sobre técnicas de exploración del pie.
Búsqueda activa de pacientes.
Revisión de cada una de las historias clínicas.
Citación a los pacientes correctamente diagnosticados en consultas de enfermería exclusivas.
Realización de las actividades de exploración y despistaje de pie diabético: inspección, exploración con diapasón, monofilamento e índice tobillo-brazo.
Evaluación de indicadores y puesta en común de los resultados.

INDICADORES

Revisión Pie Diabético
Periodo a analizar: 12 meses.
Ámbito de aplicación: Todos los pacientes diabéticos, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
Criterio de valoración: Existencia de prueba válida en el periodo indicado.
Valores indicador:
Rojo: Si no hay prueba.
Verde: Si hay prueba.
Diabetes - Pie de riesgo (%)
Definición:
Proporción de pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con valoración del pie diabético de riesgo en el periodo de evaluación.
Fórmula:
Numerador (306A): Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V_RIESGP') en el periodo de evaluación.
Denominador (306A_POB): Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.
Valores indicador:
Gris: Sin Revisión.
Rojo: Riesgo Alto.
Amarillo: Riesgo Moderado.
Verde: Riesgo Bajo.
Fuente:
OMI-AP
Diabetes - Conocimientos (%)
Definición:
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación.
Fórmula:
Numerador (SERV_306F): Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo en los DGP 'NA_00126'=1 y ('RDS_5602'=1 o 'CDC_5612'=1 o 'CDC_5614'=1 o 'CDC_5616'=1).
Denominador (SERV_306A_POB): Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.
Fuente:
OMI-AP
Observaciones:
Los DGPs hacen referencia a: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES ('NA_00126'), ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD ('RDS_5602'), ENSEÑANZA: ACTIV/EJERCICIO ('CDC_5612'), ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA ('CDC_5614') y ENSEÑANZA: MEDICAM. PRESCRITOS ('CDC_5616').

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270

1. TÍTULO

ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

DURACIÓN

Primer cuatrimestre de 2019: integrar nuestra población diana y revisar sus historias clínicas y planes personales; puesta al día del tema y revisión de casos y contacto con pacientes para iniciar consultas de cribado de pie diabético.

Segundo y tercer cuatrimestre se realizarán consultas y reuniones de equipo periódicas para puesta en común de posibles dudas, incidencias o complicaciones.

Finales del tercer cuatrimestre: síntesis de datos obtenidos y realización de los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1288

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO
BORRAZ ABELLA JESUS
PLO SERRANO ALBERTO JOSE
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
HERRERO LONGAS RAUL
GARCIA GRACIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial (febrero 2019) con el equipo de mejora para presentar el proyecto, explicar su pertinencia, objetivos y actividades a realizar.

Se realiza una puesta en común sobre el riesgo de aparición de cuadros de fracaso renal agudo en pacientes con terapia Triple Whammy.

Se identifican a través del uso del cuadro de mandos de farmacia a los 69 pacientes que estarán incluidos en el proyecto. Se entregan a cada uno de los componentes del equipo de mejora el listado de pacientes de su cupo que son objetivo del proyecto.

Se establecen estrategias conjuntas, como la forma de comunicar al paciente la necesidad o no de un tratamiento analgésico/anti-inflamatorio de forma crónica (intentando el alivio de su sintomatología con otros fármacos más adecuados) o la consideración de la idoneidad de su tratamiento antihipertensivo.

Se establecen los indicadores a evaluar.

Se acuerda solicitar a los pacientes incluidos una determinación de su función renal, que se repetirá a los 6 meses al objeto de monitorizar su evolución.

- Reuniones periódicas trimestrales con el equipo de mejora para compartir cómo se va desarrollando el proyecto, identificar a través del cuadro de mandos de farmacia su progreso y afrontar las dificultades que puedan ir surgiendo.

- En la reunión trimestral de octubre se presentan ya datos fiables que aportan tendencias de resultados, estableciendo criterios de actuación para reconducir las desviaciones de los objetivos planteados.

- Reunión final de proyecto (enero 2020), donde se exponen los resultados obtenidos, los objetivos alcanzados, las medidas correctoras a implantar y el contenido de la memoria a presentar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos obtenidos del cuadro de mando de farmacia y de la historia clínica OMI-AP.

Indicador 1: Pacientes con TW
Pacientes en listado TW al inicio: 69
Pacientes en listado TW al finalizar: 30
Resultado: disminución del 56,52%
(valor objetivo inicial: 50%)

Indicador 2: Revisión de idoneidad del tratamiento TW
Pacientes revisados: 100%
(valor objetivo inicial: 80%)

Indicador 3: Cobertura de determinación de función renal en pacientes con TW
Pacientes en listado TW al inicio: 69
Pacientes con determinación de su función renal: 36 (52,17%)
(valor objetivo inicial: 50%)

Indicador 4: Mejora de la función renal
Pacientes en listado TW al inicio: 69
Pacientes con mejora de su función renal: 8 (11,59%)
(valor objetivo inicial: 10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto para los componentes una excelente ocasión para afianzar el trabajo en equipo y una buena oportunidad para fortalecer las habilidades en el manejo de la información que aporta el cuadro de mandos y la historia clínica OMI-AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1288

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Los objetivos inicialmente propuestos han sido alcanzados con éxito, aunque es preciso mantener la continuidad en la captación de pacientes para seguir objetivizando los resultados del proyecto en la mejora de su función renal y su repercusión en la prevención de la aparición de posibles fracasos renales agudos derivados de la terapia TW. Se constata la necesidad de conservar esta dinámica de trabajo y desarrollarla en todos los indicadores de farmacia contemplados en el cuadro de mandos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1288 ===== ***

Nº de registro: 1288

Título
INTERVENCION EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Autores:
REMIRO SERRANO FATIMA, BLANQUEZ PUEYO MERCHE, DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO, BORRAZ ABELLA JESUS, PLO SERRANO ALBERTO JOSE, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, HERRERO LONGAS RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hay evidencias que apuntan a un aumento del riesgo de sufrir un episodio de fracaso renal agudo (FRA) por medicamentos en pacientes susceptibles y que son tratados simultáneamente con diuréticos, inhibidores del sistema renina angiotensina (IECAS o ARA II) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluyendo los inhibidores de la COX-2, constituyendo una triada peligrosa. Esta triple combinación, y los efectos adversos que produce, se conoce como Triple Whammy (TW), "triple golpe o sacudida"
En la última revisión del cuadro de mandos del EAP (febrero 2019) se han identificado 64 pacientes con esta triple combinación en la terapia, lo que indica la importancia de una intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
Reducir el riesgo de iatrogenia, casos de FRA, en pacientes en tratamiento con la triple terapia Whammy.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Reducir el número de pacientes con la triple terapia, si ésta no está absolutamente justificada.
Mejorar la monitorización de la función renal.

MÉTODO
- Entrevista con el paciente para comunicarle la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antiinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos más adecuados. Igualmente revisar el tratamiento antihipertensivo que sea más idóneo para cada paciente.
- Analizar la idoneidad de la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que existen, empezando por la retirada de AINES.
- Los pacientes que sigan con la triple terapia serán monitorizados de la función renal. Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

INDICADORES
Indicador Nº 1: Pacientes con triple W.
Definición: % de disminución de los tratamientos de triple combinación de IECA o ARA II o aliskiren con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1288

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

diurético y AINE

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes en listado TW al FINAL del proyecto de mejora

Denominador: N° de pacientes en listado TW al inicio del proyecto

Valor a alcanzar: conseguir una disminución alrededor del 50%.

Indicador N° 2: Revisión de idoneidad del tratamiento TW

Definición: Porcentaje de pacientes a los que les ha realizado una revisión de idoneidad del tratamiento de TW

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes TW con la revisión de idoneidad de la misma.

Denominador: N° total de pacientes TW.

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Indicador N° 3: Cobertura de determinación de la función renal en pacientes con TW

Definición: porcentaje de pacientes que se les ha realizado al menos una determinación de función renal semestral

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes con TW y al menos una determinación de función renal semestral

Denominador: N° total de pacientes con TW.

Valor a alcanzar: objetivo 50%

Indicador N° 4: Mejora del 10% de la función renal

Definición: porcentaje de pacientes con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio.

Fórmula:

Numerador: N° total de pacientes con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio.

Denominador: N° de pacientes con TW y al menos dos determinaciones de función renal en el periodo de estudio

Valor a alcanzar: objetivo 10%

DURACIÓN

Comunicación del proyecto de mejora por parte de los responsables a todos los componentes del EAP. Marzo 2019.

Identificación de los pacientes TW y reunión del grupo de mejora para asignar los pacientes y consensuar las alternativas terapéuticas y de control. Marzo 2019

Citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta, en el caso de que esto sea posible, y acordar analítica para valorar función renal. Abril a noviembre 2019

Cada responsable se hará cargo de los pacientes incluidos en su cupo.

Medición de los indicadores. Diciembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1460

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REMIRO SERRANO FATIMA
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO
BORRAZ ABELLA JESUS
PLO SERRANO ALBERTO JOSE
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
HERRERO LONGAS RAUL
GARCIA GRACIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial (febrero 2019) con el equipo de mejora para presentar el proyecto, explicar su pertinencia, objetivos y actividades a realizar.

Se realiza una puesta en común sobre: la estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR, las indicaciones de tratamiento y los criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes en prevención primaria. Se identifican a través del uso del cuadro de mandos de farmacia a los 65 pacientes que estarán incluidos en el proyecto. Se entregan a cada uno de los componentes del equipo de mejora el listado de pacientes de su cupo que son objetivo del proyecto.

Se establecen estrategias conjuntas, como la forma de comunicar al paciente la pertinencia del uso de hipolipemiantes combinados en prevención primaria.

Se establecen los indicadores a evaluar.

Se acuerda revisar los resultados de perfiles lipídicos anteriores como posible refuerzo para la decisión de reconsiderar el tratamiento hipolipemiante.

- Reuniones periódicas trimestrales con el equipo de mejora para compartir cómo se va desarrollando el proyecto, identificar a través del cuadro de mandos de farmacia su progreso y proponer soluciones para afrontar las dificultades que puedan ir surgiendo.

- En la reunión trimestral de octubre 2019 se presentan ya datos fiables que aportan tendencias de resultados, estableciendo criterios de actuación para reconducir las desviaciones de los objetivos planteados.

- Reunión final de proyecto (enero 2020), donde se exponen los resultados obtenidos, los objetivos alcanzados, las medidas correctoras a implantar y el contenido de la memoria a presentar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos obtenidos del cuadro de mando de farmacia y de la historia clínica OMI-AP.

Indicador 1: Pacientes con prescripción activa de hipolipemiantes combinados en prevención primaria en la Zona Básica de Salud Ateca

Número de pacientes en listado del indicador de farmacia al inicio: 65 (13,10%)

Número de pacientes en listado del indicador de farmacia al finalizar: 39 (8,50%)

Resultado: disminución del 40%

(valor objetivo inicial: 20%)

Indicador 2: Idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiante

Número de pacientes revisados: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto para los componentes una excelente ocasión para afianzar el trabajo en equipo y una buena oportunidad para fortalecer las habilidades en el manejo de la información que aporta el cuadro de mandos y la historia clínica OMI-AP.

Los objetivos inicialmente propuestos han sido alcanzados con éxito, aunque es preciso mantener la continuidad en la revisión del hábito de prescripción mediante el uso del cuadro de mando de farmacia.

Muchas de las prescripciones combinadas en prevención primaria que quedan residuales son resultado de las generadas desde atención especializada, concretamente desde cardiología, seguramente al ser considerados pacientes de elevado riesgo que precisan de este tipo de tratamiento. En estas situaciones encontramos mucha resistencia en los pacientes a reconsiderar su tratamiento.

Se constata la necesidad de conservar esta dinámica de trabajo y desarrollarla en todos los indicadores de farmacia contemplados en el cuadro de mandos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1460

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1460 ===== ***

Nº de registro: 1460

Título
ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

Autores:
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES, REMIRO SERRANO FATIMA, DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO, BORRAZ ABELLA JESUS, PLO SERRANO ALBERTO JOSE, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, HERRERO LONGAS RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Revisados y valorados los últimos resultados de los indicadores de los Acuerdos de Gestión Clínica en nuestra zona básica de salud (febrero 2019), detectamos que existe un alto número de pacientes (61 pacientes) que tienen una doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.
Las guías de práctica clínica (GPC), (Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias), establecen que las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro para la reducción del c-LDL y la enfermedad cardiovascular (ECV). La estratificación individual del riesgo cardiovascular (RCV) es fundamental para decidir el inicio de tratamiento con estatinas. No es recomendable, por carecer de una evidencia sólida sobre su efectividad en variables clínicas y de seguridad, el uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas; su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo que no toleren las estatinas a las dosis recomendadas.
Todo ello hace preciso una intervención que tenga como objetivo el adecuar este tipo de tratamientos a pacientes que tengan justificación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos generales:
1 Detectar el número de pacientes que en prevención primaria están en tratamiento con fármacos hipolipemiantes combinados, con la finalidad de disminuir su utilización.
Objetivos específicos:
1 Revisar de forma individual la indicación de la prescripción en dichos pacientes, identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorando la posible suspensión de uno de los fármacos de acuerdo con los criterios de las GPC.
2 Identificar el número de pacientes en prevención primaria en tratamiento con estatinas y ezetimiba en monoterapia, valorando la idoneidad del hipolipemiente utilizado y si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC, determinando el cambio si fuera necesario.
Ámbito de aplicación: Pacientes en prevención primaria.
Periodo a analizar: Prescripciones activas en la fecha de estudio (de febrero a diciembre de 2019)

MÉTODO
- Reuniones con el grupo de mejora con objeto de marcar los indicadores a evaluar, conocer el número de pacientes incluidos en el estudio y establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada.
- Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.
- Pautas, indicaciones y perfil de seguridad en el tratamiento, tanto en monoterapia como combinado.
- Objetivos lipídicos de acuerdo con las GPC.
- Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.
- Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.
- Reuniones con el Equipo para dar a conocer el inicio del estudio, su evolución y resultados finales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1460

1. TÍTULO

ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción activa de hipolipemiantes combinados en prevención primaria sobre el total de pacientes con prescripción activa de cualquier hipolipemiente en prevención primaria.
- Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de [estatinas (C10AA*, C10BX*) más (fibratos (C10AB*) o resinas (C10AC*) o triglicéridos omega-3 (C10AX06) o ezetimiba (C10AX09))] o [estatinas en asociación (C10BA*)]] y [sin código CIAP de angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardíaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90)].
 - Denominador: CIA distintos [con prescripciones activas de hipolipemiantes (cualquiera de los fármacos del numerador aunque sea en monoterapia)] y [sin código CIAP K74 o K75 o K76 o K90].
 - Estándar: El valor ideal del indicador sería tendente al 0%. Los rangos se establecerán en función de los percentiles de los CIAS de Aragón.
 - Limitación: En pacientes con hipercolesterolemia primaria podría estar indicado el uso de la combinación de estatinas más ezetimiba.
- Listados por CIAS: Pacientes con prescripciones activas de tratamientos combinados en prevención primaria
- Se evaluará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiente y la necesidad de su modificación o suspensión en caso necesario.
 - Objetivo: disminuir 20%
 - Fuente de datos: Cuadro de mandos de Farmacia.

DURACIÓN

- Presentación del proyecto: reunión con el EAP. Fecha prevista: Marzo 2019
- Sesión clínica: estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria, indicaciones de tratamiento en prevención primaria y criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Fecha prevista: marzo 2019
- Sesión clínica: tratamiento con estatinas y objetivos lipídicos según las guías de la ESC 2016. Abril 2019
- Inicio del proyecto: Abril 2019
- Plan de información continuada sobre la evolución del proyecto (dificultades, dudas,...). Septiembre a noviembre 2019
- Finalización del proyecto: 31 diciembre 2019
- Evaluación del proyecto: enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARLEZ MILLAN CARMEN
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA
HERNANDEZ GIL RUT
BARRIENDO ORTILLES CERES
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA
JILVENAU CORINA
CAUSAPE GRACIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un proceso clínico asistencial del paciente con faringoamigdalitis a todo aquel que acude al centro de salud en horario de Atención Continuada. El equipo se reunió en varias ocasiones para planificar las actividades a realizar, delimitar las funciones de cada integrante del proyecto y especificar las acciones que posteriormente se llevarían a cabo .Abril 2018

2. El 4 de Abril de 2018 se presentó en sesión clínica el Proyecto de Mejora ante los miembros de los distintos equipos de AP de Calatayud Norte y Sur.

3 .Elaboración de una Infografía y publicada en los distintos boxes de Urgencias. Abril 2018

4. Creación de una hoja de registro con distintas variables: Edad, sexo, historia clínica, centro de salud al que pertenecen, alergias medicamentosas, tratamiento antibiótico previo, tratamiento antibiótico actual, cuantificación de criterios de Centor, resultado de STP test, el tipo de tratamiento y seguimiento posterior. Abril 2018

5 .Elaboración de una hoja de instrucciones de STP dónde se explica de forma detallada la realización del STP Test . Abril 2018

6 .Solicitud a la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud los Kits de STP Test . Abril del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1 :% Profesionales sanitarios de Atención Continuada que asisten a la sesión clínica de presentación de proceso. El 4 de Abril de 2018 se realizó la presentación del Proyecto de Mejora en la Biblioteca del Centro de Salud. Los docentes fueron Ceres Barriendo y Cristina Bernal y contó con la asistencia de 31 miembros de equipo de Calatayud Norte y Sur. Los asistentes a la presentación fueron 31 profesionales de los cuales 20 realizan jornada de Atención Continuada, obteniendo un porcentaje de 64%. Valor a alcanzar 60%

INDICADOR 2 :% Pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con dos o más criterios de Centor a los que se le han realizado el test. Se ha obtenido un porcentaje del 100 % ya que a todos que presentaron clínica compatible con faringoamigdalitis aguda se les realizó el test con dos o más criterios de Centor. Se ha realizado el test a 88 pacientes, 10 quedan registrados como desplazados, 5 son vistos en Calatayud Sur y los otros 5 en Calatayud Norte, 9 se desconoce su procedencia y el resto Calatayud Norte 74 y el Centro de Calatayud Sur 14 .Con cuatro criterios de Centor se registraron: 18 pacientes : 11 resultado positivo (61,1%) y 7 resultados negativo (38,9%) Tres criterios de Centor : 46 pacientes, 20 resultado positivo (43.5%) y 26 negativo (56,5%) y dos criterios de Centor : 24 pacientes : 10 pacientes resultado positivo (41,7%) y 14 negativo (58,3%). Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 3 :% Pacientes a los que se le han realizado test STP Test y su resultado ha sido positivo Un total de 41 (46,6%) pacientes el resultado fue positivo de 88 a los que se le realizó el test, un total de 47(53,4%) el resultado fue negativo Valor a alcanzar 75%

INDICADOR 4 :% Pacientes pediátricos con cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda / pacientes menores de 14 años con prescripción de Penicilina V o fenoximetilpenicilina (modificación de indicador respecto al anterior por fallo en su elaboración). Hubo 37 pacientes menores de 14 años (42%), De estos 37, 21 pacientes dieron positivo en el STP test (56,8%) y 16 fueron negativos (43,2%). De los 21 menores positivos, 16 recibieron Penicilina V (76.2%) y el resto Amoxicilina (23.8%).

INDICADOR 5: % Pacientes que han acudido a consulta de su médico de familia y/o pediatra en los 7 días posteriores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

De los 61 pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento han acudido de nuevo a consulta en los siete días posteriores al tratamiento :11 pacientes (18%). De estos 11 pacientes, ocho tuvieron un STP test positivo: cuatro de ellos acudieron a consulta por revisión con buena evolución, uno de ellos presentó reacción urticariforme, otro púrpura de Schölein Henoch y el último un absceso periamigdalino, y otro por cambio de antibiótico prescrito en otra comunidad autónoma. Tres presentaron STP negativo: dos acudieron por control de evolución siendo favorable y un tercero por un absceso periamigdalino con posterior ingreso en hospital (el hecho de que obtengamos un absceso en un STP negativo hace pensar que quizá la recogida del frotis faringeo no fue correcta). Del resto de pacientes a los que se les realizó un test no hubo seguimiento por ser desplazados (14 pacientes)y mal registro de datos (10 pacientes). Quizá también comentar que 1 pertenecía a compañía privada. Valor a alcanzar 25%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos obtenidos en el proyecto de Mejora se observa que ha habido un correcto uso del medicamento, obteniendo un beneficio que se refleja en el estado de salud del paciente, junto con una minimización de costes y del riesgo, ya que la prescripción adecuada del medicamento logra evitar efectos secundarios, interacciones medicamentosas, así como, menos resistencias. Se recomienda seguir el protocolo y continuar con la utilización del Streptotest por su sencillez, por el alto grado de aceptación obtenido en la consulta de Atención Continuada, ya que todos los pacientes accedieron a la realización del test y aceptaron la prescripción, no habiendo rechazo de la misma. Recalamos la importancia de continuar con las directrices seguidas hasta hora, pues durante este periodo se ha logrado el objetivo marcado: aliviar, curar, frenar el gasto innecesario y un uso racional del antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/460 ===== ***

Nº de registro: 0460

Título
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, HERNANDEZ GIL RUTH, BARRIENDO ORTILLES CERES, CAUSAPE GRACIA SARA, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A. Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente precipción innecesaria de antibiótico. Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

RESULTADOS ESPERADOS

Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

- Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)
- Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.
- Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.
- Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.
- Disminuir la variabilidad diagnóstica.

MÉTODO

1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:
Brote comunitario por EBHGA.
Paroniquia.
Impétigo.
Lengua en frambuesa.
Rash escarlatiniforme
2. Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .
3. Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico
4. Elaborar una infografía con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado, que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.
5. Elaborar una hoja de registro con
Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,
Alergias farmacológicas.
Criterios de Centor.
Tratamiento antibiótico.
Toma de antibiotico previo.
Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.
Nueva consulta posttratamiento.

INDICADORES

INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.
Valor a alcanzar : 60%.
límite superior: 100%
Límite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.
Valor a alcanzar 90%
Límite superior: 100%
Límite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.
Valor a alcanzar: 75%
Límite superior :83%
Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.
Valor a alcanzar mayor de 90%
Límite superior: 100%
Límite inferior: 80%

INDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.
Valor a alcanzar :25%
Límite superior: 30%
Límite inferior: 5%.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio : Mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018
Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018
Hoja de registro: 1ª quincena de mayo 2018
Infografía: 1ª quincena de mayo 2018
Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de 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 - 2016/0608

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 0608

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

1. TÍTULO

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

TEMAS

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

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

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

1. TÍTULO

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

realización del procedimiento aplicado a un paciente.

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

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

-Febrero 2017: finalización del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0657

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

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

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

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

en una situación de urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se cumplió el objetivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0825

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

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

PROBLEMA
GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

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

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1165

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

1. TÍTULO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/02/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1166

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

INDICADORES

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

1. TÍTULO

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1167

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

RESULTADOS ESPERADOS
-Saber detectar y actuar ante una situación de emergencia.

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

1. TÍTULO

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

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

MÉTODO

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

INDICADORES

-% de asistentes que clasifican el curso como satisfactorio (Escala Lickert mayor o igual a tres.)

Estándar 50%

Límite inferior- 35%

Límite superior 100%

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

Estándar -50%

Límite inferior-30%

Límite superior-100%

-% de Profesorado que ha participado según colegio

Estándar-30%

Límite Inferior-20%

Límite superior- 100%

-% de Alumnos que han participado según colegio

Estándar-90%

Límite inferior- 70%

Límite superior-100%

-Evaluación en el mes de Junio, al finalizar el curso escolar.

-Fuente de datos: Encuestas y listados de colegios.

DURACIÓN

Las charlas formativas tienen una duración de 15 minutos

Los talleres prácticos tienen un duración de 50 minutos

Las personas responsables son los mismos del proyecto

Inicio-Septiembre 2016

Finalización - Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1739

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios

Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARLEZ MILLAN CARMEN
HERNANDEZ GIL RUT
BARRIENDO ORTILLES CERES
CAUSAPE GRACIA SARA
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA
JILAVENAU CORINA MARIA
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un proceso clínico asistencial del paciente con faringoamigdalitis a todo aquel que acude al centro de salud en horario de Atención Continuada. El equipo se reunió en varias ocasiones para planificar las actividades a realizar, delimitar las funciones de cada integrante del proyecto y especificar las acciones que posteriormente se llevarían a cabo .Abril 2018

2. El 4 de Abril de 2018 se presentó en sesión clínica el Proyecto de Mejora ante los miembros de los distintos equipos de AP de Calatayud Norte y Sur.

3 .Elaboración de una Infografía y publicada en los distintos boxes de Urgencias. Abril 2018

4. Creación de una hoja de registro con distintas variables: Edad, sexo, historia clínica, centro de salud al que pertenecen, alergias medicamentosas, tratamiento antibiótico previo, tratamiento antibiótico actual, cuantificación de criterios de Centor, resultado de STP test, el tipo de tratamiento y seguimiento posterior. Abril 2018

5 .Elaboración de una hoja de instrucciones de STP dónde se explica de forma detallada la realización del STP Test . Abril 2018

6 .Solicitud a la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud los Kits de STP Test . Abril del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1 :% Profesionales sanitarios de Atención Continuada que asisten a la sesión clínica de presentación de proceso. El 4 de Abril de 2018 se realizó la presentación del Proyecto de Mejora en la Biblioteca del Centro de Salud. Los docentes fueron Ceres Barriendo y Cristina Bernal y contó con la asistencia de 31 miembros de equipo de Calatayud Norte y Sur. Los asistentes a la presentación fueron 31 profesionales de los cuales 20 realizan jornada de Atención Continuada, obteniendo un porcentaje de 64%. Valor a alcanzar 60%

INDICADOR 2 :% Pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con dos o más criterios de Centor a los que se le han realizado el test. Se ha obtenido un porcentaje del 100 % ya que a todos que presentaron clínica compatible con faringoamigdalitis aguda se les realizó el test con dos o más criterios de Centor. Se ha realizado el test a 88 pacientes, 10 quedan registrados como desplazados, 5 son vistos en Calatayud Sur y los otros 5 en Calatayud Norte, 9 se desconoce su procedencia y el resto Calatayud Norte 74 y el Centro de Calatayud Sur 14 .Con cuatro criterios de Centor se registraron: 18 pacientes : 11 resultado positivo (61,1%) y 7 resultados negativo (38,9%) Tres criterios de Centor : 46 pacientes, 20 resultado positivo (43.5%) y 26 negativo (56,5%) y dos criterios de Centor : 24 pacientes : 10 pacientes resultado positivo (41,7%) y 14 negativo (58,3%). Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 3 :% Pacientes a los que se le han realizado test STP Test y su resultado ha sido positivo Un total de 41 (46,6%) pacientes el resultado fue positivo de 88 a los que se le realizó el test, un total de 47(53,4%) el resultado fue negativo Valor a alcanzar 75%

INDICADOR 4 :% Pacientes pediátricos con cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda / pacientes menores de 14 años con prescripción de Penicilina V o fenoximetilpenicilina (modificación de indicador respecto al anterior por fallo en su elaboración).
Hubo 37 pacientes menores de 14 años (42%), De estos 37, 21 pacientes dieron positivo en el STP test (56,8%) y 16 fueron negativos (43,2%). De los 21 menores positivos, 16 recibieron Penicilina V (76.2%) y el resto Amoxicilina (23.8%).

INDICADOR 5: % Pacientes que han acudido a consulta de su médico de familia y/o pediatra en los 7 días posteriores.
De los 61 pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento han acudido de nuevo a consulta en los siete días posteriores al tratamiento :11 pacientes (18%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

De estos 11 pacientes, ocho tuvieron un STP test positivo: cuatro de ellos acudieron a consulta por revisión con buena evolución, uno de ellos presentó reacción urticariforme, otro púrpura de Scholein Henoch y el último un absceso periamigdalino, y otro por cambio de antibiótico prescrito en otra comunidad autónoma. Tres presentaron STP negativo: dos acudieron por control de evolución siendo favorable y un tercero por un absceso periamigdalino con posterior ingreso en hospital (el hecho de que obtengamos un absceso en un STP negativo hace pensar que quizá la recogida del frotis faringeo no fue correcta). Del resto de pacientes a los que se les realizó un test no hubo seguimiento por ser desplazados (14 pacientes)y mal registro de datos (10 pacientes). Quizá también comentar que 1 pertenecía a compañía privada. Valor a alcanzar 25%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos obtenidos en el proyecto de Mejora se observa que ha habido un correcto uso del medicamento, obteniendo un beneficio que se refleja en el estado de salud del paciente, junto con una minimización de costes y del riesgo, ya que la prescripción adecuada del medicamento logra evitar efectos secundarios, interacciones medicamentosas, así como, menos resistencias. Se recomienda seguir el protocolo y continuar con la utilización del Streptotest por su sencillez, por el alto grado de aceptación obtenido en la consulta de Atención Continuada, ya que todos los pacientes accedieron a la realización del test y aceptaron la prescripción, no habiendo rechazo de la misma. Recalamos la importancia de continuar con las directrices seguidas hasta hora, pues durante este periodo se ha logrado el objetivo marcado: aliviar, curar, frenar el gasto innecesario y un uso racional del antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/460 ===== ***

Nº de registro: 0460

Título
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, HERNANDEZ GIL RUTH, BARRIENDO ORTILLES CERES, CAUSAPE GRACIA SARA, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A. Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente prescripción innecesaria de antibiótico. Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

RESULTADOS ESPERADOS

Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

-Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

- Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.
- Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.
- Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.
- Disminuir la variabilidad diagnóstica.

MÉTODO

1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:

Brote comunitario por EBHGA.

Paroniquia.

Impétigo.

Lengua en frambuesa.

Rash escarlatiniforme

2. Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .

3. Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico

4. Elaborar una infografía con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado, que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.

5. Elaborar una hoja de registro con

Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,

Alergias farmacológicas.

Criterios de Centor.

Tratamiento antibiótico.

Toma de antibiotico previo.

Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.

Nueva consulta posttratamiento.

INDICADORES

INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.

Valor a alcanzar : 60%.

limite superior: 100%

Limite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.

Valor a alcanzar 90%

Limite superior: 100%

Limite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.

Valor a alcanzar: 75%

Límite superior :83%

Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnostico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antitibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.

Valor a alcanzar mayor de 90%

Limite superior: 100%

Limite inferior: 80%

INDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.

Valor a alcanzar :25%

Límite superior: 30%

Límite inferior: 5%.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio : Mayo 2018

Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018

Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018

Hoja de registro: 1ª quincena de mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Infografía::1ª quincena de mayo 2018

Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de 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 - 2018/0477

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA
ALCAZAR MORTE MARIA JESUS
NAVARRA VICENTE BEATRIZ
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ
GALLEGO VELA SANTIAGO
PARRA FORMENTO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones trimestrales entre los pediatras de AP del Sector Calatayud y los FEA Pediatría del Hospital.

- 1º Virginia Gimenez: " Patología relacionada con el gluten" 13 de marzo 2018
- 2º Miguel Lafuente: "Crisis en contexto febril" 08 de mayo 2018
- 3º Carla Martínez: "Fluidoterapia en la infancia" 25 de septiembre 2018
- 4º Beatriz Navarra: "Aspectos éticos y legales en Pediatría" 6 de noviembre 2018

2 sesiones extraordinarias:

- 1º Sonia de la Fuente (Dermatología HELL): "Dermatitis Atopica" 22 de mayo 2018
- 2º María Dolores Miramar (Genética HUMS): "Actualización diagnóstico genético enfermedades pediaticas" 23 de octubre 2018
- 3º Unidad Paliativos HUMS. "Cuidados paliativos pediaticos en Aragón" 20 noviembre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15. TOTAL: 7
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas. HAN ASISTIDO ENTRE 7 Y 11 PROFESIONALES.
- Cobertura de todos los centros de salud del área. SI
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión. 3 SESIONES EXTRAORDINARIAS
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada. REALIZADA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido muy gratificante y enriquecedor a nivel personal y profesional para compartir experiencias, comentar casos del día a día y actualizar conocimientos en determinados campos.

Se ha conseguido el objetivo final que era mejorar la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/477 ===== ***

Nº de registro: 0477

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Autores:
PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO, GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA, ALCAZAR MORTE MARIA JESUS, NAVARRA VICENTE BEATRIZ, LAFUENTE HIDALGO MIGUEL, ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, GALLEGO VELA SANTIAGO, PARRA FORMENTO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PEDIATRIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0477

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria del paciente pediátrico se desarrolla alrededor de la labor asistencial, incluyendo tanto las revisiones del niño sano, como la atención a las demandas urgentes. En ocasiones, se precisa la Atención Especializada para el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento del paciente. La comunicación y coordinación entre niveles asistenciales resulta fundamental para implementar la asistencia y mejorar la calidad de la atención. Se hace necesario organizar reuniones periódicas con los pediatras de su Área, y mucho mejor si en ellas participa el Servicio de pediatría del hospital de referencia. Es una buena oportunidad para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada uno; y esta organización zonal pediátrica podría aportar también soluciones a la creación de guías de actuación conjuntas, atención continuada, sustituciones, etc. Para ello proponemos un programa colaborativo entre los dos niveles asistenciales en el que se resolverán las necesidades asistenciales diarias y se realizarán sesiones científicas actualizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar de la calidad asistencial del paciente pediátrico.
- Implementar la coordinación entre niveles asistencial.
- Gestionar los recursos sanitarios de la forma más eficiente.
- Actualización en patologías pediátricas más prevalentes.

MÉTODO

Se planificarán reuniones periódicas entre el servicio de Pediatría del Hospital Ernest Lluch y los distintos pediatras de Atención Primaria del sector Calatayud para actualizar las patologías más prevalentes y relevantes del campo de la Pediatría. Cada sesión estará coordinada por uno de los pediatras del Equipo, que será el encargado de la elección del tema a revisar. La periodicidad será bimensual o trimestral en función de las necesidades asistenciales. La duración aproximada será entre 60-90 minutos y se realizarán en la Biblioteca del Hospital Ernest Lluch. A su vez, se propondrán reuniones extraordinarias, coordinadas por profesionales de otras Especialidades, sobre temas de interés para la Pediatría (Dermatología, Traumatología, Genética, etc). Todas las actividades serán acreditadas por parte de la Comisión de Formación Continuada y será necesario realizar un control de la asistencia a las mismas mediante recogida de firmas. Se intentarán colgar en una plataforma la mayoría de las sesiones realizadas.

INDICADORES

- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15.
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas.
- Cobertura de todos los centros de salud del área.
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.

DURACIÓN

Marzo 2018 - Junio 2018: Ordenar y seleccionar fechas, ponentes y temas a revisar.
Junio 2018 - Junio 2019: Puesta en marcha de las reuniones con periodicidad indicada anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARLOS LOPEZ FELEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIQUERAS LORIENTE SUSANA
PONCE LAZARO MARIA JOSE
CHARLEZ MILLAN CARMEN
BERNAL FRANCO CRISTINA
DELGADO GUAJARDO CARMEN
TORRA CUIXART CARMEN
IBAÑEZ CATALAN PEÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- 1ª Reunión Equipo (14.00h). 16-04-18. Planificar cronograma. Envío a todos colegios del Proyecto. Se queda con las distintas direcciones de los centros, que fijen una fecha tras la reunión de claustro al comenzar el curso 2018-19.
2.- 2ª Reunión Equipo (14.00h). 26-09-18. Se concretan días de asistencia a los distintos colegios. Se acuerda acudir, mínimo, 2 personas del equipo por cada vía y colegio. Se confecciona y perfila Powerpoint a exponer durante los talleres.
3.- Taller en Colegio Augustus Bilbilis (09.00h). 12-12-18
4.- Taller en Colegio Baltasar Gracián (09.00h). 24-01-19
5.- Taller en Colegio Francisco de Goya (09.00h). 13-2-19
6.- Taller en Colegio Santa Ana (09.00h). 05-03-19
7.- Taller en Colegio Salvador Minguijón (09.00h). 13-03-19
8.- 3ª Reunión Equipo (14.00h) 13-03-19. Análisis de objetivos alcanzados y grado de impacto del programa.
Conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% alumnos que han asistido a los Talleres, planteándose un objetivo >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de los talleres ha sido muy positiva. L@s alum@s han comprendido claramente la importancia de una buena formación en RCP básica, así como un buen aprovechamiento de los recursos disponibles (teléfono 061, 112, ambulancias) que ell@s mismos pueden tener que utilizar en cualquier momento. Los docentes igualmente han quedado muy satisfechos, llegando incluso a plantear por su parte la extensión de dicha formación hacia ell@s mism@s. Por todo ello, vemos necesaria la continuación de dicho proyecto, dado que la reanimación cardiopulmonar básica es el pilar principal en casos de parada cardiorespiratoria: sin una RCP básica, la avanzada es completamente ineficaz. Y es especialmente importante hacerlo en las aulas, pues los niñ@s desde pequeñ@s es importante que tomen conciencia sobre ello. A ello se une que son unos estupend@s transmisores de información en su entorno familiar y cercano, lo que les confiere un valor añadido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/533 ===== ***

Nº de registro: 0533

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Autores:
LOPEZ FELEZ CARLOS, PIQUERAS LORIENTE SUSANA, PONCE LAZARO MARIA JOSE, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, DELGADO GUAJARDO CARMEN, TORRA CUIXART CARMEN, IBAÑEZ CATALAN PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es importante destacar que los niños y los jóvenes son excepcionales agentes de transformación de los adultos. La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) no se encuentra al margen, y su aprendizaje también impacta en ellos, tal como sucede con otras enseñanzas.

La importancia de la enseñanza de RCP en los colegios ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a lanzar su campaña "Kids Save Lives" (los niños pueden salvar vidas). Esta campaña aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 10 años.

En cuanto a la edad ideal o aconsejable para que los niños sean entrenados, se podría decir que un buen momento es entre los 6 y 12 años, en la escuela primaria, y realizar un re entrenamiento en la enseñanza secundaria. Existen estudios que muestran que es muy sencillo implementar programas de entrenamiento en adolescentes entre 12 y 14 años.

Es por ello, y como continuidad a los talleres realizados en años previos, por lo que se propone dicho proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr una adecuada difusión de la importancia de la RCP como instrumento básico para salvar vidas.
- Capacitar a profesores y alumnos de los centros educativos públicos y concertados de 6º Primaria en la identificación y actuación en situaciones de emergencia que requiera RCP mediante la realización de talleres teórico-prácticos.

MÉTODO

- 1ª Reunión del grupo de mejora, con el fin de determinar actividades a realizar y reparto de las mismas
- Contactar vía telefónica con los Directores de los centros educativos para explicar objetivos, características, y duración de los talleres. A continuación, se les remitirá invitación formal por correo ordinario.
- Programar sendas reuniones del Responsable del presente proyecto, con los Directores o responsables de cada colegio que acepte su participación, con objeto de concretar fechas para realización de talleres formativos.
- 2ª Reunión, con objeto de planificar talleres y audiovisuales teórico-prácticos, así como elaborar test de examen, encuestas de satisfacción y diplomas acreditativos.
- Solicitud a Unidad Docente de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP
- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en colegios. Consistirá en una breve exposición de no más de 15' duración, de diapositivas para fijar los conceptos de Emergencia, Cadena de Supervivencia, técnica de RCP. Posteriormente se emitirá un video resumen de todo ello con un caso práctico, para finalizar con prácticas dirigidas de la realización de una correcta RCP. Posteriormente se realizarán talleres prácticos donde se instruirá a los alumnos en la correcta técnica de RCP. Para ello se dividirán en 3-4 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud. Finalmente, se realizará breve examen teórico, tanto previo como posterior a dicha actividad, para comprobar la fijación de los conceptos transmitidos y se les otorgará a cada alumno Diploma simbólico donde se acredita que han finalizado con éxito dicha actividad. Se pasará encuesta de satisfacción.
- 3ª Reunión, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico

INDICADORES

- % colegios que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que aprueban el test de evaluación final: >90%
- % profesores que aprueban el test de evaluación final: >90%

DURACIÓN

- Abril 2018: 1ª reunión del grupo de mejora, con objeto de redacción del presente proyecto.
- Mayo-Junio 2018: contacto de la persona responsable del proyecto con los distintos centros educativos y exposición del proyecto.
- Septiembre 2018: contestación de participación de centros educativos en el proyecto.
- Septiembre 2018: 2ª reunión, para delimitar tareas.
- Desarrollo de los talleres teórico-prácticos en centros educativos. La fecha dependerá del calendario escolar del año 2018/19.
- 3ª reunión, tras fin de talleres en todos los centros. Redacción de memoria y conclusiones.

OBSERVACIONES

En dependencia de la disponibilidad de aulas y del número de alumnos, se ajustarán los números de talleres a realizar, así como las fechas de los mismos. Dependemos en gran medida del calendario escolar.

Antigua línea:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-FEBRERO 2018- Exposición del proyecto a todo el personal, en una reunión de equipo.
-Solicitud de estupefacientes (Morfina y Dolantina) Elaboración de norma de ubicación y control.
-MAYO 2018-Elaboración de catalogo de actividades de urgencias.

-Elaboración de la hoja control, donde se recoge la actividad a realizar, quien la tiene que realizar y la firma de la persona que la realiza. Con un apartado para cualquier observación de mejora o de incidencia en el control

-Elaboración de planilla con el calendario anual para la solicitud de pedido de material sanitario y medicación.

-JUNIO 2018-Reunión de enfermeras y aux de enfermería para presentar los registros de las actividades.

-Se informa de la puesta en marcha del proyecto al Coordinador médico para que lo comunique al resto de MAP, SUAP y MAC para su conocimiento y colaboración.

- JUNIO 2018 - Se realiza un taller para todo el personal sanitario sobre carro de paradas y medicación. Incluido material de ventilación e intubación. Y localización de todo el material.

JUNIO-JULIO- Valoración de hojas de registro de firmas y cumplimentación de actividades.

SEPTIEMBRE- Reunión de enfermería y aux de enfermería exponiendo la evolución del proyecto y corrección de fallos.

OCTUBRE- Se realiza taller de RCP básica dirigido a personal no sanitario y aux de enfermería.

OCTUBRE- Taller dirigido a todo el personal sobre uso de DEAS y presentación de los modelos que tenemos en el servicio, con sus normas de mantenimiento.

NOVIEMBRE - Elaboración de los stocages del material que debe de haber en el servicio tanto en fungible como medicación.

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE - Valoraciones trimestrales de las hojas de firma y registro de actividades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera evaluación después de los dos meses de su puesta en marcha, se detecta falta de registro de actividades y firma y solicitudes de material al servicio de almacén (Según lo marca el calendario de pedidos). Después de una nota recordatoria esto se subsana, según se constata en las evaluaciones trimestrales.

-En el indicador de registro de actividad nos marcamos como objetivo 80% y se ha conseguido un

93,45%

-En los indicadores de formación el resultado ha sido:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Formación sobre carro paradas- Objetivo 80% Alcanzado-87%

RCP Básica para personal no sanitario- Objetivo 80% Alcanzado-66,6%

Taller uso DEAS - Objetivo 80% Alcanzado-89,28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La elaboración de normas de organización y funcionamiento y el control de su cumplimiento mediante el registro de firmas crea un hábito en el personal del Servicio de Urgencias que conducen a una mayor implicación y responsabilidad.

Todo ello ha repercutido en:

Mejorar el orden y limpieza del servicio.

Realizar solicitudes de material y medicación de forma racional y acorde a las previsiones de consumo.

Aumentar la seguridad clínica del paciente con un mejor control y vigilancia de caducidades.

Aumentar la seguridad clínica del paciente con el control y vigilancia correcto de desfibriladores, aspiradores, balas de oxígeno, pulsiosímetros, nebulizadores, termómetros etc.

Conocimiento por parte del personal de nueva incorporación de la existencia de normas y rutina de control.

Mejor formación e información del personal no sanitario en cuanto a maniobras de RCP y uso de desfibriladores.

Mejor información de los profesionales sanitarios que no realizan atención continuada de la localización de todo el material en caso de necesitarlo ante una urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/567 ===== ***

Nº de registro: 0567

Título
MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Autores:
PIQUERAS LORIENTE SUSANA, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a las características del Servicio de Urgencias del Centro de Salud Calatayud Norte:
Por una parte la gran variabilidad y rotación del personal que presta sus servicios: equipo de Atención Primaria, SUAP, refuerzos del Centro de Salud y del Sector, personal sustituto y personal de mañanas que realiza la atención urgente.
Por otra parte la ausencia de normas y de manual de organización y funcionamiento referentes al control de material fungible, medicación y aparataje, conducen a una situación de falta de implicación y de asunción de responsabilidad de dichos profesionales que pueden derivar en un deficiente funcionamiento del servicio.
Ante esta situación consideramos preciso realizar una intervención sobre normas de la gestión del Servicio de Urgencias con el fin de mejorar la calidad de asistencia y seguridad del paciente atendido.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto van enfocados a mejorar la gestión del servicio y a aumentar la seguridad clínica del paciente, mediante la realización de diferentes actividades.
Formar al 80% del personal de equipo, Suap y refuerzos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Cumplimentación de actividades en un 80%

MÉTODO

Designación de las actividades diarias a realizar por el personal de guardia y auxiliar de enfermería encargada del servicio, y registro de las mismas.
Elaboración de stocage de material fungible y medicación.
Elaboración de un calendario para la solicitud de pedidos.
Elaboración de un cuadro resumen para colgar en las consultas del servicio y que sirvan de recordatorio de las actividades a realizar cada día.
Reuniones (Con registro de firmas) para el personal del equipo, Suap y refuerzos para dar a conocer el proyecto y sus actividades, así como el sistema de registro.
Talleres dirigidos al personal que no hace guardias para mostrar la ubicación del material y medicación con el fin de facilitar la asistencia en caso de una urgencia.
Talleres para todo el personal sobre el uso de nuestros desfibriladores y del material de ventilación e intubación.
Talleres de RCP básica para personal no sanitario y aux de enfermería.
Talleres de RCP avanzada par médicos y enfermeras.
Se realizará una valoración mensual los tres primeros meses de su puesta en marcha y posteriormente se realizarán valoraciones trimestrales.
Realización de charlas recordatorias de refuerzo en función de los resultados de las valoraciones.

INDICADORES

La evaluación se realizará mediante la valoración de la hoja de actividades con el control de firma de haber realizado la actividad.
Mediante hoja de control de firma de haber realizado la formación.
Los indicadores son de resultado:

Nº de personas formadas
----- X 100
Nº de personas de plantilla

Nº de días con registro de actividades
----- X 100
Nº total de días

DURACIÓN

Elaboración de calendario de pedidos, normas, actividades diarias, hoja de firmas y cuadro resumen. ABRIL -MAYO 2018
Reunión informativa JUNIO 2018
Realización de talleres A LO LARGO DE 2018
Valoraciones mensuales JUNIO-JULIO 2018 y posteriormente TRIMESTRAL
Evaluación del proyecto 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 - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA UBIDE MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO TEJERO ANTONIO
PEREZ SANZ EVA
PARRILLA GIL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIÓN EQUIPO DE MEJORA PARA ANÁLISIS DE CAUSAS:15-05-2018

REUNIÓN EQUIPO DE MEJORA PARA PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES:22-05-2018

REUNIÓN CON FARMACÉUTICA DE SECTOR PARA RECABAR INFORMACIÓN SOBRE PACIENTES EPOC CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:06-06-2018

REUNIÓN CON NEUMÓLOGOS DE ZONA PARA INTENTAR CAPTAR RESULTADOS DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS DEN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA:02-11-2018

REUNIÓN INFORMATIVA CON LOS MÉDICOS DE CENTRO DE SALUD PARA COMUNICARLES EL MÉTODO DE RECEPCIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO EN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA:03-11-2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha realizado medición porque alguna de las medidas correctoras se ha iniciado tras el acuerdo con especializada en mes de Noviembre,por lo que se continuará con el proyecto durante el año 2019
Queda pendiente sesión de formación en cuanto a interpretación de espirometrías por parte de Neumólogos de zona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP debe continuar insistiendo en la capacitación de pacientes con hábito tabáquico, en la realización de el espirometría y en el registro de resultados .

7. OBSERVACIONES.

Con motivo de la última convocatoria de movilidad voluntaria, la responsable del equipo de mejora ya no pertenece al EAP Calatayud Norte desde 05-11-2018, por lo que en próximas fechas se designará nuevo responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/585 ===== ***

Nº de registro: 0585

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Autores:
UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA, NAVARRO TEJERO ANTONIO, PEREZ SANZ EVA, PARRILLA GIL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

PROBLEMA

La prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población (el 15,1% en varones y el 5,7% en mujeres) de entre 40 y 80 años, según determinó el estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) en 2007, que continúa siendo el último gran estudio epidemiológico realizado sobre esta enfermedad en España. La EPOC se caracteriza también por un importante infradiagnóstico, cifrado en el 73% en la población española, por el mismo estudio EPI-SCAN. Tras la evaluación de los indicadores de acuerdos de gestión del año 2017 en el EAP Calatayud Norte, hemos detectado la escasa evolución en los últimos dos años en nuestro Centro en cuanto al indicador "razón entre prevalencia de EPOC registrada en relación a la prevalencia estimada en el estudio EPI-SCAN (>0,6-1)". El porcentaje de mejora de dicha razón en 2017 ha sido de 3,12%. Suponemos que además de los casos no diagnosticados debemos de considerar aquellos en los que el registro no se ha realizado correctamente. Es por ese motivo que iniciamos el presente proyecto de mejora para analizar las causas e iniciar las medidas correctoras con el objetivo de acercar los resultados a los esperados para la población asignada a nuestro Centro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Analizar las posibles causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC.
2. Mejorar en la detección de pacientes con hábito tabáquico y potenciales pacientes con EPOC.
3. Aumentar el número de espirometrías, para conseguir mejorar el diagnóstico de EPOC en potenciales pacientes por edad y hábito tabáquico.
4. Mejorar la recaptación de pacientes diagnosticados y en seguimiento por especialista.
5. Garantizar la capacitación de los profesionales del EAP para la interpretación de las espirometrías.
6. Mejorar el registro de EPOC en OMI.

MÉTODO

1. Reunión del Equipo de Mejora para analizar las causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC y proponer medidas correctoras.
2. Iniciar procedimiento de comunicación con especialista para compartir resultados espirométricos, con la intención de no duplicar pruebas, en ocasiones de especial dificultad en algunos pacientes.
3. Organizar sesiones formativas para los profesionales en relación con:
 - Detección y registro de pacientes con hábito tabáquico.
 - Criterios para realización de espirometrías con el fin de detectar pacientes con EPOC.
 - Interpretación de espirometrías.
 - Registro de EPOC en OMI.

INDICADORES

INDICADORES:

Conseguir una mejora en el resultado del indicador " razón entre prevalencia registrada de EPOC y prevalencia estimada" entre 3,5-4%, el mismo propuesto por el EAP para el año 2018.

EVALUACIÓN:

La evaluación del indicador coincidirá con la evaluación del contrato de gestión del año 2018.

FUENTE DE DATOS:

Cuadro de mandos del Programa OMI-AP

DURACIÓN

INICIO: Mayo de 2018.

DURACIÓN: Año 2018 hasta evaluación del contrato de gestión.

1. Reunión del equipo de mejora para análisis de causas, propuesta de medidas correctoras y asignación de responsabilidades: primera quincena de Mayo.
2. Primera sesión formativa con los profesionales del EAP para establecer criterios para realización de espirometrías, diagnóstico y registro de EPOC: tercera semana de Mayo.
3. Segunda sesión formativa sobre interpretación de espirometrías: cuarta semana de Mayo.
4. Primera evaluación de resultados: primera quincena de Septiembre.
5. Sesión formativa para informar a los profesionales sobre la evolución del plan de mejora: primera quincena de Septiembre.

OBSERVACIONES

EL INDICADOR SOBRE EL QUE SE PROPONE EL PLAN DE MEJORA SE PRESENTA EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN COMO UNA RAZÓN DE PREVALENCIA Y UN OBJETIVO EN NÚMEROS ABSOLUTOS

EN LA EVALUACIÓN DE 2017 LOS RESULTADOS SE NOS PRESENTAN COMO PORCENTAJE DE MEJORA

ES POR ESO QUE EL OBJETIVO QUE SE PROPONE EN EL PRESENTE PROYECTO, SE PRESENTA TAMBIÉN EN FORMA DE PORCENTAJE DE MEJORA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1166

1. TÍTULO

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE CARLOS LOPEZ FELEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Básicamente, se ha llevado a cabo sendas auditorias de historias clinicas en 2 momentos concretos: mayo y octubre 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el primer corte de mayo 2019 se objetivó una incidencia media del 2.56%, con una variabilidad de 0-5,35% entre cupos. Puede tener una explicación, dada la variabilidad de rangos de edad que cada médico tiene adscritos al cupo: a mayor edad media, más probabilidad de ser la incidencia de diabetes más elevada. Esta tendencia se mantuvo en el siguiente corte de octubre, donde la incidencia media pasó a ser del 1.64%, con una variabilidad similar, desde un 0% a un 5,05%.

En cuanto al número de pacientes diagnosticados de novo de diabetes mellitus, en el primer corte de mayo fueron 23. Revisando historia a historia, pudimos comprobar que se cumplían nuestro objetivo en un 100%. En realidad, había 5 pacientes que estaban recibiendo medidas higiénico-dietéticas, como paso previo a la metformina, y otros 5 pacientes que no cumplían dichos estándares. Pero en todos ellos la prescripción había sido "ajena" a los profesionales del centro de salud: el 1º provenía la prescripción de otra Comunidad Autónoma, se trataba de un paciente trasladado, 1 provenía de un Endocrinólogo privado, otra de un Endocrinólogo del centro de especialidades, y en los 2 restantes se inició tratamiento con asociación de idPP4 y metformina por presencia de HbA1c >10%.

En el segundo corte hubo cambios. Nuestro grado de cumplimiento del objetivo prefijado bajó a 85,72%: se detectaron 2 casos (de un total de 14 nuevos diabéticos en dicho periodo mayo-octubre) donde la prescripción no se ajustó a los estándares de calidad.

De igual manera, hubo 1 caso donde se estaban llevando a cabo medidas higiénico-dietéticas, otros 3 casos más, "ajenos" nuevamente al centro de salud: 1 provenía de Endocrinólogo privado, otro de Endocrinólogo del centro de especialidades, y otro más donde se optó por iniciar tratamiento con insulina al tener una HbA1c >10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones podemos extraer varias:

1.- Objetivo de estándares de calidad de prescripción de metformina como 1er escalón en el manejo farmacológico de la diabetes mellitus, conseguido.

2.- Existe una marcada variabilidad en cuanto a la incidencia de diabéticos de cada cupo. Si bien podría justificarse por razones de edad media, habría que valorar en qué grado cada médico indaga y solicita determinaciones de HbA1c en pacientes con glucemia basal alterada.

3.- Hemos detectado problemas en la relación médico-paciente de índole ético: ¿hasta qué punto debemos "asumir" o consentir prescripciones que vienen realizadas desde especialistas de otro ámbito, y de las cuáles no estamos de acuerdo?

4.- ¿Debería iniciarse tratamiento con metformina en asociación en pacientes cuya HbA1c al inicio sea >8.5%, y no cumplan criterios de insulinización? Es lo que trata de averiguar el reciente estudio COMPOSIT-M, donde se ha objetivado un mayor % de pacientes que alcanzan HbA1c objetivo, en comparación con cohorte que únicamente tomaba metformina.

La explicación de ello es que la metformina tiene potencial para disminuir HbA1c en 1.5% aproximadamente, y en los casos que parten de una HbA1c >8.5%, tarde o pronto se termina asociando un 2º fármaco, por lo que al iniciar la doble terapia de inicio, "ganamos" tiempo a las complicaciones micro y macrovasculares de la propia diabetes. En nuestro estudio estudio, se daba el caso de 1 único paciente, pero merece reseñarlo, dada la tendencia actual de las investigaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1166 ===== ***

Nº de registro: 1166

Título
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1166

1. TÍTULO

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2

DIABETES TIPO 2

Autores:
LOPEZ FELEZ CARLOS, GARCIA TENORIO ANDRES, BLAZQUEZ GIRON PILAR, CHUECA GORMAZ ISABEL, CANO HERRERO GEORGINA, NAVARRO TEJERO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La metformina es el fármaco de elección para iniciar tratamiento en diabetes tipo 2 sin complicaciones y preferentemente en aquellos que poseen sobrepeso. Puede administrarse solo o en combinación con otros antidiabéticos orales o insulina. En este momento su uso en monoterapia en los pacientes diabetes de reciente diagnóstico es uno de los criterios estratégicos de nuestro acuerdo de gestión.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre su uso en monoterapia en casos nuevos de diabetes tipo 2 con IMC >25. Se excluirán aquellos casos en los que por sus complicaciones se precisen tratamientos más intensivos de entrada.

MÉTODO

- 1.- Realizar reunión para informar al equipo de dicho proyecto.
- 2.- Solicitar listado a cada médic@ de los pacientes diabéticos con sobrepeso de reciente diagnóstico o que debuten o se confirme su diabetes entre los meses de enero-agosto.
- 3.- Realizar auditoría en los meses de mayo y septiembre para confirmar el número de estos casos que han recibido de entrada tratamiento con monoterapia con metformina.

INDICADORES

Definición: Diabéticos tipo 2 con sobrepeso a los que se ha iniciado tratamiento en monoterapia con metformina.
Formula: Diabéticos tipo 2 con sobrepeso a los que se ha iniciado tratamiento en monoterapia con metformina / total de diabéticos con sobrepeso nuevos.
Valor a alcanzar: >70%

DURACIÓN

Fecha prevista 1er corte: mayo 2019
Fecha prevista 2º corte y realización de informe y conclusiones: septiembre - octubre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1169

1. TÍTULO

FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

Fecha de entrada: 26/12/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Presentación del proyecto a los profesionales del Centro de Salud, mediante una presentación Power Point encaminada a la captación y seguimiento de los posibles candidatos para ATAO
2-Creación de una agenda para la citación a estos pacientes cuya gestión corre a cargo de la responsable de formación de dicho proyecto.
3-Elaboración de una presentación para los pacientes y de distintos documentos relacionados con el tema :Consentimiento informada, documento de prestamo de cogulometro, hoja de derivacion a consulta de AP para su seguimiento, recomendaciones.
4-Información de una aplicación de movil para hacer un seguimiento de los pacientes en ATAO desde la consulta de AP de manera no presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Se ha informado y formado para el seguimiento, de estos pacientes, a todos los miembros del CS Calatyud Norte.
2-En cuanto a la formación de pacientes, se ha impartido a un paciente con TAO en una sola sesión de tres horas de duración, tras la cual, y tras haber rellenado el consentimiento informado decide seguir con la modalidad anterior(Cintrol de TAO en la consulta de AP).
-Se ha impartido formación a otro paciente, ya en modalidad ATAO,sobre la aplicación de Taonet en movil,para poder realizar su seguimiento desde la consulta de manera no presencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a que es un sector con una población bastante envejecida, es dificil captar candidatos para esta modalidad de ATAO, a pesar de ello es una actividad que se seguirá ofertando a traves de la agenda creada para éste proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1169 ===== ***

Nº de registro: 1169

Título
FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE, EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

Autores:
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, DE LA FUENTE SANJUAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años numerosos ensayos clínicos han demostrado la utilidad de los ACO en nuevas indicaciones, lo que ha originado un aumento considerable de los pacientes anticoagulados.
Por las características de éste tratamiento, las mejoras en la calidad del control producen una reducción en la incidencia de complicaciones hemorrágicas y eventos tromboembolíticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1169

1. TÍTULO

FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

El autocontrol proporciona a los pacientes importantes ventajas como son la posibilidad de realizar los controles en casa sin necesidad de trasladarse al centro sanitario, disminuyendo la demanda de los profesionales sanitarios, la mejora de la calidad de vida, el aumento de la autonomía, la mejor conciliación con la vida laboral pero sobre todo le permite aumentar la frecuencia de los controles y como consecuencia detectar desajustes en dosis y así evitar complicaciones secundarias al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Formacion a los profesionales responsables de controlar al paciente en autocontrol de coagulación.
- 2-Capacitar al paciente para ser capaz de interpretar los resultados de INR
- 3-Adiestrar a los pacientes para que los cambios de dosis los realicen correctamente.
- 4-Aprender a identificar situaciones clínicas que precisen asistencia médica.

MÉTODO

La actividad se llevara a cabo por una enfermera, ya formada con anterioridad que se ocupara de:

1. Formación de los profesionales que van a realizar el seguimiento del paciente en autocontrol.
2. Formación de los pacientes

La formación de los pacientes se realizará en dos sesiones de dos horas de duración cada una, con una periodicidad de una al mes en grupos máximo de cuatro personas ; con un contenido teórico y uno práctico.

Contenido teórico:

Hemostasia que es y como funciona
Mecanismo de funcionamiento de los anticoagulantes
Indicación de los AVK
Concepto de INR y rango terapéutico
Coagulometro y diario del anticoagulado

Ajustes de dosis
Situaciones especiales
Recomendaciones generales

Contenido práctico:

Técnica de punción capilar
Funcionamiento del coagulometro
Manejo de niveles
Uso del diario

Suministro de material

Seguimiento del paciente : la primera revisión al mes en la consulta de autocontrol y las siguientes cada 6 mese en su enfermera correspondiente.

A los pacientes al final de la formación se le realizará un test de conocimientos, debiendo superarlo al menos con un 80por ciento de aciertos

INDICADORES

INDICADOR 1-Profesionales formados

Definición: %de profesionales que han recibido formación en autocontrol de ACO
n° de profesionales formados (Med y Enf)

n° Total de profesionales

EXCEPCIÓN-Profesionales de pediatria

Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 2-Formacion de los pacientes.

Definición -% de pacientes que superen el test de conocimientos con un 80% de aciertos

N° de pacientes que superen el test con un 80% de aciertos

N° total de pacientes formados

Valor a alcanzar 60%

DURACIÓN

Junio-Formación de profesionales

Julio-Comenzar con la captación de pacientes y ajustar los grupos de la formación a la demanda.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1228

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LAFUENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR
JABBOUR NEEMI ISSA
HIDALGO NAVARRO MARIA ANGELES
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION
GISTAS QUILLEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Marzo del 2019 se procede a la creación de un grupo de trabajo de profesionales de Atención Primaria C.S. Calatayud Norte y C.S. Calatayud Sur, interesados en la implantación de la consulta de ecografías en Atención Primaria.

Dichos profesionales han recibido formación a través del Sistema Aragonés de Salud en colaboración con el IACS. El objetivo de la integración de esta prueba complementaria es alcanzar el mejor grado de correlación entre anamnesis, clínica y ecografía. El médico de Atención Primaria gracias a su contacto continuado con el paciente tiene un amplio conocimiento del enfermo y de su entorno además en este nivel asistencial es posible abordar la enfermedad en los estadios tempranos de su evolución.

A finales de Marzo se crea la agenda de ecografías en Atención Primaria para la citación de los pacientes de ambos equipos, contando con dos días semanales de consulta, con 3 pacientes cada día. A partir de Diciembre 2019 debido a traslados de profesionales a otros sectores sanitarios, se ha reducido a un día a la semana.

Se realiza una sesión clínica informativa a todos los profesionales de C. S. Calatayud Norte y Sur en el que asisten 70% de los profesionales y se les informa:

Circuito de solicitud de ecografías en OMI-AP, instrucciones de cómo se debe realizar la interconsulta en AP para poder visualizar las imágenes en historia clínica electrónica .

Indicaciones para la preparación ecográfica correcta,

Dado que la ecografía aborda el diagnóstico de diversas patologías, se consensuan los motivos de derivación más prevalentes en A.P:

- Sospecha de cólico biliar,
- Sospecha de cólico renal,
- Sospecha de hipertrofia benigna de próstata
- Seguimiento de quiste renal o hepático simple
- Estudio aumento de transaminas
- Estudio hematuria o microhematuria
- Sospecha nódulo tiroideo y seguimiento de nódulos tiroideo.
- Alteración analítica Hormonas tiroideas
- Sospecha aneurisma abdominal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La creación de la agenda de ecografía en Atención Primaria y la existencia de un protocolo de derivación para los profesionales de Atención Primaria de las patologías más prevalentes ha permitido acercar esta herramienta diagnóstica de primer orden. Ha permitido confirmar sospechas diagnósticas con un gran beneficio tanto el paciente como para el sistema sanitario.

Los profesionales de ambos equipos han ido progresivamente a lo largo 2019 aumentando el número de peticiones, incorporándola a la Cartera de Servicios de Atención Primaria de ambos equipos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de esta prueba complementaria en los equipos de Atención Primaria ha sido aceptada satisfactoriamente tanto por los profesionales como por los pacientes. En un futuro se espera incrementar la agenda de ecografía con mayor número pacientes diarios así como el número profesionales formados en dicha técnica para que termine convirtiéndose en una práctica clínica habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1228 ===== ***

Nº de registro: 1228

Título
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1228

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, ISSA JABBOUR NEEMI, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, HIDALGO NAVARRO MARIA ANGELES, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PACIENTES
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE EL AÑO 2018 DISPONEMOS EN EL CENTRO DE SALUD DE UN ECÓGRAFO PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO CLINICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.
LA ECOGRAFÍA ES UNA PRUEBA SEGURA, RÁPIDA, FIABLE, INOCUA Y NO INVASIVA, BIEN TOLERADA POR EL PACIENTE, DE RELATIVO BAJO COSTE .CADA VEZ SE UTILIZA MAS COMO METODO DE APOYO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
-PONER EN MARCHA LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S.CALATAYUD
-INCREMENTAR LA ACCESIBILIDAD EN LA ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA

MÉTODO

- 1- CONSTITUIR UN GRUPO DE TRABAJO
- 2- CREAR CONSULTA Y AGENDA DE CITACIÓN DE ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- 3- ELABORAR UN PROTOCOLO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES
- 4- PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR.

INDICADORES

- 1- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO: SÍ O NO.
 - 2- ELABORACIÓN DE LA AGENDA DE ECOGRAFÍA EN AP: SÍ O NO
 - 3- DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE DERIVACION : SÍ O NO.
 - 4- PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE ASISTEN A LAS SESIONES CLÍNICA DE LA PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO.
- VALOR A ALCANZAR: 50%
LIMITE SUPERIOR:80%
LIMITE INFERIOR: 40%

DURACIÓN

GRUPO DE TRABAJO:MARZO 2019
CONSULTA Y AGENDA DE CITACION:MARZO 2019
SESION INFORMATIVA:MAYO 2019
CITACION DE PACIENTES: DE JUNIO A DICIEMBRE 2019

FECHA PREVISTA DE FINALIZACIÓN:DICIEMBRE 2019
EVALUACIÓN FINAL DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE RAMON DEL CARMEN
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
ELIAS GAVILANES MERCEDES
GIMENO CALVO SONIA
LATORRE RUIZ CRISTINA
MURO CULEBRAS MARIA
TORRIJO SOLANAS ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CAPTACIÓN de la población diana del programa: Se realiza una captación oportunista en las consultas del Centro de Salud junto a la captación mediante carteles informativos en los paneles de anuncios del centro con los días de impartición, horario, actividades a realizar y profesionales del equipo encargadas de la sesión.

DESARROLLO del programa: Se realizan un total de 6 sesiones grupales, una sesión por semana, de dos horas de duración, de 9,30-11,30 h, todos los viernes, en el Centro de Salud de Illueca, con la participación activa de varios miembros del equipo (medicina, enfermería, fisioterapia). Para la impartición de las sesiones se utilizaron diapositivas en Open Impress, uso de escalas para la valoración pre y post-intervención, material divulgativo de interés, papel y boli para las dinámicas de grupo.
El esquema de desarrollo de sesiones fue el que sigue:

Sesión 1. "AUTOCONOCIMIENTO. INICIANDO UNA NUEVA ETAPA LLENA DE OPORTUNIDADES".

Fecha: 02/10/2019

Imparten: María José Ramón (matrona) y Mercedes Elías (médica).

Contenido:

Presentación del grupo de mujeres +45: Contenido y objetivos.

Cumplimentación de la Encuesta de conocimientos sobre el climaterio de García Padilla. Encuesta validada de 56 preguntas dicotómicas (Encuesta pre-intervención)

Cumplimentación de la Escala Cervantes para la valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas. Escala validada de 31 ítems.

Dinámica "¿Qué me ha hecho llegar hasta aquí? ¿Qué es lo que espero del grupo?" Se dejan breves minutos de reflexión para anotar en un papel motivaciones y expectativas respecto al grupo de salud. Recogida anónima de resultado de la práctica. Puesta en común de aquellas mujeres que voluntariamente quieran compartir con el resto del grupo sus inquietudes.

Información general sobre climaterio, menopausia y postmenopausia. Despatologización de los procesos femeninos. Vivencias según culturas. Mensajes sociales. Testimonios. Conceptos. Signos y síntomas. Alivio del síndrome climatérico.

Osteoporosis. Evaluación del riesgo de osteoporosis. Factores modificables y prevención.

Factores de riesgo ginecológico. Factores modificables.

Revisiones ginecológicas en una mujer sana y de bajo riesgo.

Signos de alarma.

Redes sociales y páginas web oficiales de utilidad.

Entrega de registros dietéticos semanales para cumplimentar individualmente a lo largo de la semana y realizar una valoración nutricional en la siguiente sesión.

Sesión 2. "MOVERSE HACIA LA SALUD Y COMERSELA".

Fecha: 09/10/2019

Imparten: María José Ramón (matrona) y Consuelo San Miguel (médica).

Contenido:

Nutrición como prevención y tratamiento de la enfermedad. Dieta mediterránea. Repaso de grupos alimentarios.

Raciones diarias/semanales recomendadas. Prebióticos y probióticos. Hidratación. Pirámide de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Plato de Harvard. Equilibrio emocional y alimentación consciente.

Práctica: Evaluación de registros dietéticos elaborados a lo largo de la semana según recomendaciones dietéticas.

Decálogo nutricional del climaterio.

Ejercicio físico recomendado. Beneficios generales y en climaterio. Beneficios de ejercicio físico al aire libre.

Pirámide de actividad física de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

Hábitos tóxicos y deshabitación.

Obesidad. Dislipemias.

Riesgo cardiovascular.

Entrega de material informativo:

Listado de alimentos ricos en calcio y vitamina D.

Resumen de las guías alimentarias de la SENC, 2016.

Sesión 3. SUELO PÉLVICO.

Fecha: 16/10/2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

Imparten: María José Ramón (matrona) y Sonia Gimeno (fisioterapeuta)

Contenido:

Información general sobre suelo pélvico. Concepto de suelo pélvico y CORE. Factores de riesgo para un suelo pélvico débil. Factores modificables y herramientas de corrección.
Prolapsos. Tipos. Signos y síntomas.
Incontinencia. Tipos. Medidas higiénico-dietéticas.
Rehabilitación del suelo pélvico. Técnicas y dispositivos de ayuda disponibles para los prolapsos e incontinencia.
Aplicaciones informáticas de utilidad para el entrenamiento ambulatorio de suelo pélvico.
Taller de fisioterapia: Introducción a ejercicios hipopresivos. Ejercicios de Kegel. Knack perineal.

Sesión 4. SALUD VAGINAL Y SALUD SEXUAL. María José Ramón (matrona).

Fecha: 23/10/2019

Imparte: María José Ramón (matrona)

Contenido:

Concepto de salud vaginal. Microbiota vaginal y cambios en climaterio. Prebióticos y probióticos en la dieta. Vulvovaginitis atróficas, infecciosas y alérgicas e irritativas. Signos de consulta y manejo mediante medidas higiénico-dietéticas. Tratamientos disponibles.
Sexualidad en el climaterio y menopausia. Sexualidad sana. Factores influyentes en la sexualidad. Manejo de alteraciones más frecuentes: Trastorno de deseo sexual hipoactivo, trastorno de excitación, trastornos en el orgasmo, dispareunia
Anticoncepción en el climaterio.
Taller: Productos disponibles para mejorar la salud sexual y vaginal.

Sesión 5. EMOCIONES. HIGIENE DE SUEÑO. AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA. ESTRÉS. GÉNERO.

Fecha: 30/10/2019

Imparten: María José Ramón (matrona) y Cristina Latorre (enfermera).

Contenido:

Sueño y salud. Creencias y actitudes saludables sobre el sueño. Concepto de insomnio. Educación sobre higiene de sueño. Control de la respiración para facilitar el sueño.
Salud emocional. Factores influyentes en la menopausia. Aceptación de los cambios. Autoimagen, autoestima, motivación. Relaciones de pareja sanas. Síndrome de nido vacío.
Educación en género: Género y sociedad. Reparto de tareas domésticas. Taller: "Familia y reparto de tareas".
Registro autocumplimentable para analizar el reparto de tareas domésticas. Violencia de género.
Herramientas para una buena salud emocional. Técnicas para la gestión de estrés.
Taller de Mindfulness. Iniciación.

Sesión 6. PASEO y PICNIC DE RECETAS SALUDABLES.

Fecha: 06/11/2019

Imparten: María José Ramón (matrona), Sonia Gimeno (Fisioterapeuta), Roberto Torrijo (Enfermero del Centro de Salud y vecino de Illueca que orienta en el paseo por sendero natural).

Contenido:

Paseo por el entorno con parada para realización de ejercicios aprovechando beneficios del sol.
Picnic de alimentos saludables elaborados según las recomendaciones dietéticas saludables. Foro de experiencias como actividad final del grupo de salud.
Paso de cuestionario post-intervención. Encuesta de conocimientos sobre el climaterio de García Padilla.
Entrega de material final:
Guía "Oportunidades de mejora en la salud. Grupo +45". Guía resumen de consulta de los conocimientos clave aprendidos durante las sesiones.
Diploma de asistencia al grupo. Diploma simbólico, recuerdo de la experiencia grupal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para conocer los resultados alcanzados con el presente programa, se ha recogido el nivel de asistencia a este, la satisfacción, el grado de conocimientos pre y post-intervención y la calidad de vida referida antes y después del proyecto.

Asistencia al programa:

Se realiza recogida de firmas en cada una de las sesiones como fuente de obtención del nivel de asistencia. De las 18 mujeres incluidas en el grupo inicialmente, se presentan 14 mujeres al programa. El resto no realizan ninguna sesión y no argumentan causa justificada de su ausencia por lo que se excluyen del seguimiento. Se recorta una información deficiente de la convocatoria a la primera sesión y restantes puesto que se realiza un recordatorio telefónico individualizado para asegurar su asistencia.

De las 14 mujeres que componen finalmente el grupo inicial:

Acuden a las 6 sesiones (100% de las sesiones): 3 mujeres

Acuden a 5 sesiones (83,3% de las sesiones): 6 mujeres (justifican ausencia de la sesión restante).

Acuden a 4 sesiones (66,6% de las sesiones): 2 mujeres (justifican ausencia de las dos sesiones restantes)

Acuden a 3 sesiones (50% de las sesiones): 0 mujeres

Acude a 2 sesiones (33,3% de las sesiones); 1 mujer (justifica ausencia al resto de sesiones. Por inicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

nuevo trabajo solo pudo asistir a las dos primeras sesiones). Se considera pérdida.
Acude a 1 sesión (16,6% de las sesiones): 2 mujeres (no justifican ausencia). Se consideran pérdidas.

Cabe reseñar que en la programación de las sesiones no se tuvo en cuenta la posible ausencia de mujeres de Brea de Aragón a la segunda sesión, el día 9/10/19, ya que coincidía con las fiestas patronales de dicha localidad, justificando anticipadamente algunas de ellas su ausencia por este motivo.
Según la asistencia a las sesiones registrada, por la justificación de las ausencias y por la actitud proactiva en repetir en próximos grupos aquellas sesiones en las que las mujeres se han ausentado, podemos afirmar que la asistencia al grupo ha sido satisfactoria.

Satisfacción:

En la última sesión se pasa una encuesta de satisfacción a las mujeres presentes que consta de 8 ítems con respuesta en escala del 1 al 10 siendo 1 nada de acuerdo y 10 muy de acuerdo. Se recibe respuesta de 8 mujeres.

Respecto a la valoración global del curso:

Los conocimientos adquiridos serán útiles para la vida de las participantes con una puntuación media de 9,6/10. Todas las mujeres recomendarían a otras mujeres que asistiesen a la actividad con una puntuación media de 9,7/10. Todas las mujeres están satisfechas con el grupo con una puntuación media de 9,9/10.

En la encuesta de satisfacción se incluye la posibilidad de realizar observaciones, comentarios y sugerencias, puesto que este apartado facilita puntos de mejora o de refuerzo para las próximas ediciones. Entre ellas, encontramos el deseo de repetir el grupo, la sugerencia de que sea realizado en más ocasiones así como las sensaciones de haber resultado interesante y de haber incrementado los conocimientos. Como observación se apunta el deseo de tener más tiempo de diálogo.

Evaluación de conocimientos.

Para la evaluación de conocimientos se utiliza la Encuesta de conocimientos sobre el climaterio de García Padilla. El nivel de conocimiento queda definido como la puntuación obtenida en un test de 56 preguntas dicotómicas elaborado sobre este marco conceptual y validado para tal fin. Los valores que esta variable puede adoptar oscilan entre 0 y 56 puntos, estableciéndose, según criterio de las investigadoras, 5 categorías o niveles: muy bajo (0-10 puntos), bajo (11-20 puntos), medio (21-36 puntos), alto (37-46 puntos) y muy alto (47-56 puntos). Las mujeres que completan la encuesta pre-intervención y la encuesta post-intervención son 8. En la encuesta pre intervención se obtiene un nivel grupal medio (34/56 puntos), resultando tras el programa un nivel grupal alto (41/56) incrementándose una media de 7 / 56 puntos en el grupo. 7 de cada 8 mujeres aumentan la puntuación en sus conocimientos, incluso ascendiendo de un nivel de conocimientos de medio a alto 3 de las 8 mujeres. Como nuestro indicador de evaluación se estableció en que un 60-70 % de las mujeres participantes aumentarían conocimientos, este objetivo ha sido alcanzado con el programa.

Evaluación de la calidad de vida.

Para evaluar la calidad de vida de las mujeres se utiliza la Escala Cervantes, escala validada de 31 ítems. La puntuación mínima de la escala es 0 y la máxima es de 155 (de mejor a peor calidad de vida). Nuestro objetivo, por tanto, consistiría en reducir la puntuación de las mujeres participantes en nuestro programa. Se reciben 9 encuestas, siendo válidas solo 8 puesto que una de ellas posee >3 ítems sin contestar y es descartada. 7 de 8 mujeres participantes del proyecto puntúan menos en la escala Cervantes, siendo 15 puntos la puntuación media que consiguen reducir. Además 5 de 8 mujeres participantes (el 62,5%) consiguen disminuir la puntuación de la Escala Cervantes en más de un 20%. Como nuestro indicador de evaluación se estableció en que un 50-60 % de las mujeres participantes disminuyeran más de un 20% de puntuación en la Escala Cervantes, este objetivo ha sido igualmente alcanzado con el programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según la pirámide de población del año 2018, la mayor parte de la población femenina aragonesa, se encuentra en las franjas de edades comprendidas entre los 40 y los 55 años. Ello supone una mayor demanda de los servicios de atención al climaterio tal y como se viene observando en la consulta de la matrona. Es por esa necesidad sentida y por la similitud en las inquietudes que las mujeres manifiestan en consulta que se decide poner en marcha el proyecto.

Los contenidos del grupo + 45 son ambiciosos puesto que tratan de modo completo diversos aspectos en la esfera de la mujer climatérica. Es por ello que, a percepción de las mujeres, no ha faltado ningún tema por tratar que considerasen necesario. No obstante, el tiempo disponible sí supone una limitación en el desarrollo del programa porque reduce los espacios de diálogo y conversación del grupo. Para la corrección de este punto de mejora resulta imprescindible tener en cuenta las especiales dificultades de asistencia por motivos laborales en nuestra zona. Es por ello que para próximas ediciones habría que considerar establecer una hora más por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

sesión contemplando un descanso entre medio.

En la planificación del cronograma, los festivos locales deberán ser contemplados debido a la alta participación en los actos festivos en las poblaciones rurales.

A favor de la continuidad del proyecto, algunas de las mujeres que justifican su ausencia a alguna sesión, solicitan poder asistir al siguiente grupo que se constituya para recuperar la/s sesión/es a la/s que no pudieron asistir para completar así el programa y ampliar conocimientos impartidos en la sesión en la que se ausentaron. Igualmente se recibe la propuesta de realizar el mismo grupo en Brea de Aragón, para que puedan realizarlo más mujeres que decidieron no desplazarse hasta el Centro de Salud de Illueca.

Respecto al paso de la encuesta de conocimientos y de la escala Cervantes pre-intervención, podría ser adecuado el facilitarla antes de iniciar la primera sesión, puesto que es un tiempo que puede ser aprovechable para el grupo. El estudio de la variación en la calidad de vida mediante la evaluación de la Escala Cervantes tras la intervención se adelanta un mes antes de lo previsto en la planificación con el objeto de finalizar el proyecto y cerrar la memoria, lo que podría suponer una infraestimación de la mejora de calidad de vida, puesto que algunos ítems pueden requerir más tiempo para su mejoría con el cambio de autocuidados.

De las dinámicas realizadas en el grupo destaca por su acogida y alta participación en su cumplimentación y autocorrección la práctica de registros dietéticos semanales, la cual sirve para sensibilizar a cerca de la calidad de nuestra alimentación y de los posibles puntos de mejora. Este hecho resulta importante, puesto que la mayoría de las mujeres del grupo se consideraban como responsables de la planificación de la alimentación de sus hogares. A su vez, resulta muy esclarecedora respecto al reparto desigual de roles de género la dinámica sobre tareas domésticas, que trata de cuantificar quién de los miembros de la familia realiza cada una de las tareas del hogar, observándose una sobrecarga en el grupo de mujeres participantes.

El trabajo en equipo y la colaboración cercana y continua entre los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo (Matronas y Fisioterapia) queda plasmada en la creación de este grupo de mujeres. El desarrollo del proyecto ha resultado altamente satisfactorio para todas las miembros del equipo de Atención Primaria implicadas. Todo proyecto de mejora supone una revisión de conocimientos, que a su vez han de ser adaptados a un lenguaje divulgativo si son impartidos a la población, lo que se traduce en reto e ilusión para todos los participantes del programa. Con el desarrollo de esta actividad, hemos acercado una vez más nuestro centro de salud a la población que atiende. Debido a la alta renovación de profesionales sanitarios en los últimos procesos de adjudicación de plazas y de movilidad, el proyecto será presentado de nuevo al nuevo EAP puesto que la intención de la coordinadora del proyecto es el repetirlo en la misma Zona Básica de Salud y, a ser posible, en otras zonas pertenecientes al sector Calatayud.

Tanto las actividades de educación grupal como la atención a los problemas de la mujer en el climaterio son dos ofertas de la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón. La búsqueda de un plan estandarizado de sesiones grupales que resulte eficiente en cuando al incremento de los conocimientos, el aumento de la calidad de vida y la mejora en la autopercepción de la mujer ha de ser un punto clave en la atención al climaterio de nuestra comunidad. Este proyecto de mejora de calidad podría abrir una nueva línea de investigación consiguiendo una muestra representativa y con resultados extrapolables al resto de población climatérica.

7. OBSERVACIONES.

Sin observaciones que realizar.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1213 ===== ***

Nº de registro: 1213

Título
GRUPO DE MUJERES +45

Autores:
RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE, SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO, ELIAS GAVILANES MERCEDES, GIMENO CALVO SONIA, LATORRE RUIZ CRISTINA, MURO CULEBRAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Climaterio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El climaterio constituye una nueva etapa en las mujeres en la cual el soporte sanitario puede servir de ayuda para conseguir un mayor autoconocimiento, un mayor empoderamiento y una vivencia más satisfactoria.

En el C. S de Illueca se ha observado un importante número de demandas de consulta en mujeres de más de 45 años relacionadas con la falta de conocimientos a cerca de cómo abordar este periodo fisiológico. Como otras etapas de la vida de la mujer, ésta constituye una oportunidad para el cambio hacia unos mejores hábitos, aportando a este grupo los conocimientos necesarios para conseguir un mayor bienestar y por lo tanto un mejor ajuste de la demanda asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los conocimientos sobre el periodo del climaterio como fomento del autoconocimiento y del autocuidado de las mujeres.
Mejorar la calidad de vida de las mujeres del grupo fomentando la autogestión del síndrome climatérico a través de hábitos de vida saludables.

MÉTODO

1. Presentación previa al resto del equipo para explicar el proyecto.
2. Captación oportunista de mujeres con edad comprendida entre 45 y 55 años sin excluir mujeres con menopausia precoz.
3. Formación de grupos de máximo 15 mujeres.
4. Realizar sesiones grupales teórico- prácticas.
5. Evaluar la calidad de vida al inicio y al final del proyecto.
6. Evaluar conocimientos adquiridos.
7. Valorar repercusión del proyecto en el equipo.

INDICADORES

1. Porcentaje de mujeres que perciben una mejora de su calidad de vida (considerando una mejora la disminución en un 20% el valor de la escala Cervantes) : 50-60%.
2. Porcentaje de mujeres que han aumentado los conocimientos relacionados con el periodo climatérico del total de asistentes a todas las sesiones : 60-70%.
3. Porcentaje de mujeres satisfechas con el proyecto : 70-80%.

DURACIÓN

Se realizarán a partir de septiembre de 2019 sesiones semanales de dos horas de duración los viernes de 10 a 12 horas . En total se realizarán 6 sesiones.

SESIÓN 1: AUTOCONOCIMIENTO. INICIANDO UNA ETAPA LLENA DE OPORTUNIDADES(al inicio de esta primera sesión se realizará el cuestionario preintervención sobre conocimientos y escala Cervantes de evaluación de calidad de vida). Responsable: M^a José Ramón y Mercedes Elías

SESIÓN 2: MOVERSE HACIA LA SALUD Y COMÉRSELA . Responsable : M^a José Ramón y Consuelo San Miguel.

SESIÓN 3: SUELO PÉLVICO. Responsable : Sonia Gimeno y M^a José Ramón

SESIÓN 4: SALUD VAGINAL Y SALUD SEXUAL. Responsable: M^a José Ramón.

SESIÓN 5: EMOCIONES. HIGIENE DEL SUEÑO. AUTOIMAGEN. AUTOESTIMA. ESTRES. Responsable : M^a José Ramón.

SESIÓN 6: PASEO SALUDABLE . PICNIC DE ALIMENTOS SALUDABLES. (al final de esta última sesión se pasará el cuestionario póstintervención) Responsable: Cristina Latorre

Finalizadas las sesiones, tras cuatro meses de evaluará la mejoría en calidad de vida de las participantes a traves de la escala Cervantes. Responsable: María Muro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

1. TÍTULO

GRUPO DE MUJERES +45

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0449

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR DELGADO MIGUEL
· Profesión PSICOLOGO/A CLINICO
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA
CEBOLLA POLA MARCOS
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL
SANZ GALLEGO CARMEN
LAHOZ CABALLERO ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los grupos que se han formado para realizar la intervención han sido los siguientes:

1 Grupo de intervención para pacientes con dolor crónico de 6 sesiones. Este grupo se ha ofertado a un total de 13 pacientes. La intervención estuvo compuesta por 6 sesiones con inicio el 08-01-2019 y la fecha de finalización fue el 26-03-2019. Se ha realizado en horario de 13 horas a 14:30 horas y de frecuencia quincenal. Para la realización de esta intervención grupal, se ha consultado con bibliografía específica en intervención psicológica y se han elaborado las sesiones en base a indicadores de eficiencia.
3 Grupos de intervención para pacientes con trastornos emocionales. Estos grupos de intervención se han ofertado a un total de 58 pacientes. Se componen de 15 sesiones de frecuencia quincenal. La fecha de comienzo fue el 15-01-2019, siendo la fecha de finalización del 3º grupo el 18-02-2020.
Se ha realizado evaluación al inicio de la intervención de indicadores de estado de ánimo, grado de ansiedad, calidad de vida, estrategias de afrontamiento y manejo emocional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grupo de dolor crónico. El grupo estuvo formado por 8 pacientes (100% de asistencia), de un total de 13 a los que se les ofertó la intervención (38% rechazo). Los resultados de la evaluación realizada reflejan una disminución de la sintomatología mostrada al inicio del estado de ánimo: menor estado depresivo (cuestionario de Beck antes M= 20, después M= 12) grado de ansiedad (cuestionario de Hamilton antes M= 32, después M= 25). Se ha detectado un cambio en las estrategias de afrontamiento, con aumento del locus interno lo que denota mayor adaptación al dolor, informando de menor sintomatología somática (cuestionario SF-12, antes M= 21, después M= 12). Los integrantes han iniciado actividades gratificantes con la consecuente percepción de mejora en la satisfacción con la vida (cuestionario LISAT antes M= 10, después M= 20) y la mejora de la calidad de la vida familiar. De los pacientes que han asistido a esta intervención el 50 % han sido dado de alta en la USM.
Grupo de trastornos emocionales. Ofertado a 58 pacientes, el 34 % rechazó la intervención. Los pacientes que han acudido a los grupos terapéuticos han mantenido la asistencia en un 90 %. La evaluación realizada refleja disminución de la sintomatología mostrada al inicio del estado de ánimo: menor estado depresivo (cuestionario de Beck antes M= 42, después M= 23) grado de ansiedad (cuestionario de Hamilton antes M= 45, después M= 28). EL aprendizaje de estrategias de afrontamiento adaptativas ha permitido una mejora en la satisfacción con la vida (cuestionario LISAT antes M= 5, después M= 12).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han detectado posibles mejoras a realizar. Sería conveniente disminuir el rechazo del tratamiento por parte de los pacientes a través de entrevistas personales antes del inicio de la intervención para ampliar información y resolver dudas al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/449 ===== ***

Nº de registro: 0449

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0449

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

IMPLANTACION DE INTERVENCION PSICOLOGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRONICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

Autores:
DELGADO MIGUEL MARIA PILAR, ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA, CEBOLLA POLA MARCOS, LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL, SANZ GALLEGO CARMEN, LAHOZ CABALLERO ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: USM CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La alta demanda de pacientes a consulta de psicología clínica de la Unidad de Salud Mental de adultos, motiva la implantación de intervenciones grupales. Estas intervenciones permiten unan mayor frecuencia de asistencia de los pacientes, mejorando el seguimiento de los tratamientos propuestos. En comparación con el tratamiento psicológico individual ofrece una serie de ventajas como la mayor eficacia y eficiencia y el apoyo social recibido.

RESULTADOS ESPERADOS

Las intervenciones grupales que se van a llevar a cabo van dirigidas a pacientes que acuden a la Unidad de Salud mental de adultos y que presentan:

- Dolor crónico
 - Inestabilidad emocional y sintomatología ansioso-depresiva
- Los objetivos son los siguientes:
- Reducción de la sintomatología mostrada por los pacientes
 - Adquisición de habilidades de comunicación interpersonal
 - Aprendizaje de estrategias para el manejo emocional
 - Incremento de la red social del paciente y de la calidad de las relaciones
 - Funcionalidad social y laboral

MÉTODO

Intervenciones grupales.

- Estas intervenciones se ofrecen a los pacientes que cumplen criterios y son susceptibles de beneficiarse de una psicoterapia intensiva.
- Si los pacientes aceptan la intervención son incluidos en la lista de espera elaborada para tal fin, que se encuentra disponible en los archivos compartidos por los profesionales de adultos de la Unidad.
- La selección de los pacientes se realiza por orden de registro y siempre priorizando a pacientes más graves.
- Se realiza una llamada telefónica a los pacientes para la confirmación de la asistencia a la fecha de inicio de la intervención.
- Durante el período que comprende la intervención grupal, estos pacientes no son citados en consulta individual de psicología clínica, excepto en casos en los que deban ser atendidos de forma urgente.
- Se realiza una evaluación pre tratamiento de indicadores sobre los que se quiere incidir y modificar, y una evaluación post tratamiento de los mismos indicadores que nos muestren la eficacia de la intervención llevada a cabo

INDICADORES

Se realizará una evaluación pre tratamiento grupal de los síntomas presentes y variables a modificar. Del mismo modo, se realizará una evaluación post tratamiento para valorar los logros conseguidos y la eficacia del tratamiento en cada paciente. Los instrumentos son los siguientes:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (A. T. Beck, R. A. Steer y G.K. Brown, 2011).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS) (Carrobbles et. al. 1986).
- Cuestionario de Salud SF-12.
- Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) (B. Sandín y P. Charot, 2003).
- Cuestionario de satisfacción con la vida. (LISAT-8).

Específico de grupo de dolor crónico:

- Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico.

Específico de grupo para trastornos emocionales:

- Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark (1988).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0449

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

- Inventario de Personalidad para el DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012).

DURACIÓN

Las actividades están programadas para el año 2019. Se realizarán los martes de 13 horas a 14.30 horas dirigidas por la psicóloga clínica. Cada grupo tendrá una frecuencia quincenal.

Las sesiones del grupo de dolor crónico son las siguientes:

1. Presentación del grupo y objetivos de la intervención
2. Psicoeducación dolor crónico
3. Tratamiento del dolor crónico
4. Incremento de la actividad física
5. Autocontrol
6. Comunicación

Las sesiones del grupo para trastornos emocionales, y los objetivos de cada una de ellas, son las siguientes:

1. ¿Qué son los trastornos emocionales?
2. Presentación del programa
3. Aprender a registrar las experiencias
4. Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos
5. Entender tus emociones.
6. Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales.
7. Aprender a observar las emociones y las reacciones de las emociones
8. Entender los pensamientos.
9. Entender las conductas I.
10. Entender las conductas II
11. Entender y afrontar las sensaciones físicas
12. Ponerlo en práctica: Afrontar las emociones en las situaciones en las que ocurran
13. Medicación para la depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales

Objetivos:

14. Pasos a seguir a partir de ahora: Reconocer los logros y mirar al futuro

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0815

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

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

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

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 09/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE ORGANIZACION:

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

DE COMUNICACION:

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

DE INTERVENCION:

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

DE EVALUACION:

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

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

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

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

DE MATERIALES.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

***** ***

Nº de registro: 1230

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

OBSERVACIONES
Consultado con SARES Zaragoza y el IACS.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta pregunta es obligatoria.

6. RESULTADOS ALCANZADOS

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

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

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

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

Nº de registro: 1234

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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

1. TÍTULO

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

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

MANTENER ACTUALIZADO EL EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

1. TÍTULO

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 09/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 1235

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Gestionar eficientemente el material de autoanálisis de los pacientes diabéticos.

MÉTODO

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

INDICADORES

INDICADOR 1: N° de pacientes que necesitan tiras reactivas según protocolo establecido

Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%

Periodo de evaluación anual

INDICADOR 2: % solicitudes cumplimentadas por los profesionales según la instrucción recomendada

Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%

Periodo de evaluación anual

INDICADOR 3: % de concordancia alcanzada entre la indicación y el tratamiento establecido

Valor alcanzar: > 95%
L. Superior: 100%
L. inferior :85%

Periodo de evaluación anual

INDICADOR 4: % de asistencia a la reunion

Valor alcanzar: 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :60%

Periodo de evaluación: abril 2017

INDICADOR 5: se ha comunicado para su aprobación por Farmacia AP sel sector Calatayud

Valor a alcanzar: SI

Periodo de evaluación: anual

INDICADOR 6: se ha comunicado a los pacientes de forma individual

Valor a alcanzar 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :80%

Periodo de evaluación anual

DURACIÓN

- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional:

Abril 2017

- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector: De mayo a diciembre 2017

- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur: mayo a diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

1. TÍTULO

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

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNAD HERNANDO SONIA
DIGON SANMARTIN LUIS
BARRIENDO ORTILLES CERES
ECHEVARRIA MONTOTO PILAR
CHARLEZ MILLAN CARMEN
SANMARTIN FLORENZA LAURA
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.DOS SESIONES CLINICAS FORMATIVAS EN EL C.SALUD CON MATERIAL ESPECIFICO ELABORADO PARA LOS MIEMBROS DEL EAP. REALIZADAS LOS DIAS 8 Y 22 DE MARZO DEL 2017.

2.CREACION DE UNA AGENDA PARA LA CITACION DE LOS PACIENTES DE TODOS LOS CUPOS, MARZO 2017.

3.ELABORACION DE UN DOCUMENTO PARA EXPLICAR EN QUE CONSISTE LA PRUEBA Y COMO DEBE CUIDARSE EL APARATO DURANTE SU UTILIZACION, QUE SE ENTREGARA A LOS PACIENTES ANTES DE SU COLOCACION. EN CASO DE TENER ALGUN PROBLEMA DURANTE LA REALIZACION DE LA PRUEBA SE LES ENTREGAN LOS TELEFONOS DE CONTACTO PARA ACLARACION Y RESOLUCION DE DUDAS O PROBLEMAS QUE PUEDAN SURGIR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVO 1 INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNOSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD:

INDICADOR N° 1 % DE PROFESIONALES QUE HAN UTILIZADO EL MAPA EN EL ULTIMO AÑO: 80% (LI 80- LS 100%).

INDICADOR 2 % DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HTA A LOS QUE SE HA REALIZADO UN MAPA EN EL ULTIMO AÑO: 2% (LI 3- LS 5%)

OBJETIVO N°2: MEJORAR EL DIAGNOSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO:

INDICADOR 1 % DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE, MEDIANTE MAPA, SE DESCARTA EL DIAGNOSTICO DE HTA EN EL ULTIMO AÑO:0% (LI 0- LS 100%)

INDICADOR 2 % DE PACIENTES HTA DIAGNOSTICADOS DE HTA DE BATA BLANCA EN EL ULTIMO AÑO: 0% (LI 0-LS 100%)

INDICADOR 3 % DE PACIENTES HTA DIAGNOSTICADOS DE HTA ENMASCARADA EN EL ULTIMO AÑO: 0% (LI 0-LS48%)

INDICADOR 4 % DE PACIENTES HTA DIAGNOSTICADOS DE HTA LABIL EN EL ULTIMO AÑO: 0% (LI 2- LS 5%)

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

INDICADOR 1 5 DE PACIENTES HIPERTENSOS DIAGNOSTICADOS, EN LOS QUE, MEDIANTE MAPA, SE LES DETECTE UN RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO EN EL ULTIMO AÑO:

INDICADOR 1 % DE PACIENTES HIPERTENSOS DIAGNOSTICADOS EN LOS QUE, MEDIANTE MAPA, SE LES DETECTA UN RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO EN EL ULTIMO AÑO:68,42% (LI 40- LS60%)

INDICADOR 2 % DE PACIENTES HIPERTENSOS TIPO RISER DIAGNOSTICADOS MEDIANTE MAPA EN EL ULTIMO AÑO:26,32% (LI 1-LS 9%)

INDICADOR 3 % DE PACIENTES HIPERTENSOS TIPO NO DIPPER DIAGNOSTICADOS MEDIANTE MAPA EN EL ULTIMO AÑO:36,84% (LI 25-LS 50%)

INDICADOR 4 % DE PACIENTES HIPERTENSOS TIPO DIPPER EXTREMO DIAGNOSTICADOS MEDIANTE MAPA EN EL ULTIMO AÑO:5,26% (LI 1-LS 2%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL DIAGNÓSTICO DE FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA E HTA LABIL, REQUIEREN, PARA UN DIAGNÓSTICO DE CALIDAD, QUE SEAN DATOS REPRODUCIBLES Y POR TANTO EXIGEN REALIZACIÓN DE MAPAS SUCESIVOS.

POR ELLO EN ESTA PRIMERA EXPERIENCIA CON LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL HEMOS CONSIDERADO MÁS UTIL REALIZAR MAPAS ANTE DUDAS DIAGNÓSTICAS Y FUNDAMENTALMENTE ANTE PACIENTES HIPERTENSOS CON MAL CONTROL.

En este primer estudio y dada la complejidad de recoger y combinar ingentes datos estadísticos como sería establecer grados de HTA, lesión de órgano diana y procesos clínicos asociados, nos hemos centrado en detectar, en base a las variaciones circadianas, a aquellos hipertensos con patrones de peor pronóstico y por tanto de mayor RCV, dejando para futura revisión lo mencionado anteriormente.

7. OBSERVACIONES.

PRECISAMOS CONTINUAR DESARROLLANDO ESTE PROYECTO PARA EXTENDERLO A TODOS LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES QUE LO PRECISEN.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1245 ===== ***

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

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Nº de registro: 1245

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

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

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

Valor a alcanzar:5%

L.I:0%

LS:100%

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

Valor a alcanzar:5%

L.I:0%

LS:100%

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

Valor a alcanzar:1%

L.I:0%

L.S:48%

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

Valor a alcanzar:2%

L.I:2%

L.S:5%

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

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

Valor a alcanzar:40%

L.I:40%

L.S:60%

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

Valor a alcanzar:5%

L.I:1%

L.S:9%

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

Valor a alcanzar:30%

L.I:25%

L.S:50%

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

Valor a alcanzar:1%

L.I:1%

L.S:2%

DURACIÓN

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

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

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DICIEMBRE 2017.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN SOLANS PIQUERAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL MOSTEO MARIA JOSE
BERNAL GARCIA PILAR
SANMATIN FLORENZA MARIA LAURA
MOROS SANZ ESTHER
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la realización de este proyecto de calidad se plantearon varios objetivos: El primero de ellos era formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. Otro de los objetivos a conseguir con este proyecto era unificar el procedimiento y la distribución de material de autoanálisis. Con la cumplimentación de este Anexo se pretende conseguir otro objetivo que es afianzar entre los profesionales del Centro de Salud el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis y con ello mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento, que sería el último de los objetivos planteados en el proyecto. Durante el año 2018 hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos que nos planteamos. En el primer trimestre del año 2018 se hicieron dos reuniones para explicar el proyecto de calidad a los compañeros. En estas reuniones se explicó la importancia de tener una base de datos con los diabéticos que precisaran material de autoanálisis para que, a la hora de hacer los pedidos del material necesario, no tuviéramos problemas de suministro por no llegar al stock necesario. Para poder realizar esta base de datos se distribuyó a cada profesional la documentación autorizada para ello y dónde se podía encontrar. También formamos a los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de "Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar" y se explicó el correcto circuito para la aprobación de la solicitud por parte de la Farmacia de Atención Primaria. Creímos importante también que cada profesional re visara las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemiantes, cambio de situación o de actividad). Con esta revisión se pretendía detectar y registrar los pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento. Dentro de las actividades planteadas se incluyó también la cumplimentación del "PCE- Conocimientos Deficientes" por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad. En este protocolo los profesionales de enfermería indagaban, afianzan y valoran los conocimientos de los pacientes diabéticos, y en el caso de diabéticos que precisen material de autoanálisis, se valora también el buen uso de los aparatos de autocontrol, las zonas de punción... Una vez hecho esto, en el último trimestre del año 2018, se realizó y analizó una base de datos con todos los pacientes diabéticos del Centro de Salud de Calatayud Sur. En esta base de datos se recoge: el nombre del paciente, si ha habido cambios durante el año en su tratamiento o en su situación clínica, cual debería de ser la frecuencia con la que el paciente se hiciera un autocontrol (según el tipo de diabetes, el tipo de tratamiento, su situación clínica...), cuando hay que volver a revisar la solicitud (anualmente si no hay cambios) y si está bien cumplimentado por parte de los profesionales de enfermería el "PCE- Conocimientos Deficientes" durante el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Las dos reuniones informativas para la realización del proyecto de calidad se llevaron a cabo en el primer trimestre del año 2018. El objetivo que nos planteamos era que, por lo menos un 90% del equipo participara en esta reunión informativa. Se consiguió un 70% de asistencia de los profesionales sanitarios.
2. Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
En este proyecto de calidad se pedía la colaboración de todos los profesionales sanitarios del Centro de Salud, ya que consideramos que es importante conocer los cambios de tratamiento y de situación clínica de cada paciente por parte de cada uno de los profesionales.
La participación que se pretendía conseguir era de un 90%, se ha llegado a un 85 %. En el equipo de Calatayud Sur hay un total de 20 profesionales, 9 enfermeras y 11 médicos. Han participado 17 profesionales.
Los profesionales de enfermería han participado un 100%, es decir los 9 integrantes del equipo de enfermería. Mientras que los profesionales de medicina han participado un 72,7 % representando este % a 8 profesionales médicos.
3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
En el intervalo de tiempo de enero a diciembre de 2018, se realizaron 117 solicitudes de tiras reactivas para el autoanálisis de la glucemia capilar en el EAP de Calatayud sur.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Fueron aceptadas por parte de Farmacia de Atención Primaria 108 solicitudes de 117, es decir un 92,30%. De las 117 solicitudes realizadas, 14 solicitudes fueron rechazadas, es decir un 11,9 %. Posteriormente a ser rechazadas, desde Farmacia de AP se informó al profesional de enfermería responsable de la solicitud rechazada para que procediera a su corrección de acuerdo a las pautas indicadas en el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. De las 14 solicitudes rechazadas, 5 solicitudes fueron corregidas, es decir, un 4.10%. Por lo tanto en 2018, 9 solicitudes fueron rechazadas, es decir, un 7,6%.

4. % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.

De los 117 pacientes incluidos en nuestra base de datos que precisan tiras de glucemia para autoanálisis, 53 de ellos los hemos clasificado como pacientes en situación estable, y 64 de ellos están clasificados como pacientes en situación inestable. Nos referimos a un paciente en situación inestable cuando ha iniciado o ha cambiado de tratamiento, las glucemias están fuera de los objetivos marcados, hay enfermedades intercurrentes, hay una asociación de fármacos hiperglucemiantes o hay un cambio de situación a actividad.

Estos 64 pacientes representan un total de un 54,70 % de los pacientes que precisan material para autoanálisis. Los pacientes clasificados como estables, 53, son un 45,29 % del total.

5. % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado "Conocimientos Deficientes en Diabetes" Este apartado lo consideramos de gran importancia porque es el que nos permite registrar correctamente en OMI-AP todos los cambios en la enfermedad, conocimientos del paciente en cuestión de dieta, ejercicio, cuidados del pie, técnica de punción, uso del aparato de autoanálisis..

"Conocimientos Deficientes en Diabetes" es un protocolo que permite registro en todos los diabéticos que pertenecen al Centro de Salud de Calatayud Sur. En nuestro centro, según cartera de servicios a diciembre de 2018, tenemos inscritos 411 diabéticos, de los cuales, 104 (13 menos que al inicio del proyecto) necesitan material para autocontrol.

En diciembre de 2018, se han revisado las Historias Clínicas de cada uno de los pacientes incluidos en el proyecto, un total de 100 pacientes. En este punto excluimos a los pacientes pediátricos ya que ellos no están incluidos en "Conocimientos Deficientes en Diabetes". De los 100 pacientes, 52 tienen bien cumplimentado durante el año 2018, el apartado de "Conocimientos Deficientes en Diabetes" en los planes personales, es decir un 52%. Este objetivo no ha sido alcanzado por los profesionales que deben cumplimentarlo, ya que se pretendía llegar a un mínimo de un 80%.

Creemos importante incidir en el correcto registro del protocolo, ya que nos permite saber, a lo largo del año, en qué debemos incidir más, corregir o aportar refuerzos positivos o conocimientos en nuestros pacientes

6. Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.

En diciembre de 2018 de los 104 pacientes que formaban parte de nuestro proyecto de calidad, 6 de estos pacientes necesitaron un cambio de tratamiento a lo largo del año 2018. Esto representa un 6,7% del total de nuestros pacientes.

Hemos registrado en nuestra base de datos los cambios de tratamiento de los 6 pacientes, así que hemos alcanzado el 100% de este registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos respetado la duración del proyecto (año 2018) y el calendario previsto. No obstante creemos que este proyecto necesita continuidad en el tiempo y en el año 2019 se volverán a cumplimentar las solicitudes para el autocontrol a la Farmacia de Atención Primaria de los pacientes que lo necesiten.

La conclusión a la que hemos llegado tras la realización de este proyecto de calidad es que tenemos a más de la mitad de nuestros pacientes, un 54,70%, que necesitan material para autocontrol en una situación Inestable de la enfermedad con todos los riesgos que esto lleva para su propia salud.

Es importante también que los profesionales de enfermería registremos en OMI-AP "PCE- Conocimientos Deficientes" para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad, así podremos indagar, afianzar y valoran los conocimientos de los pacientes diabéticos, y en el caso de diabéticos que precisen material de autoanálisis, se valora también el buen uso de los aparatos de autocontrol, la frecuencia con la que se deben hacer un autocontrol, las zonas de punción...

7. OBSERVACIONES.

Hemos observado también, según los datos de nuestro registro en la base de datos de 2018, que se necesitarían, mensualmente, un total de, aproximadamente unas 5000 tiras de tiras de autocontrol NIPRO, 1000 tiras de autocontrol ACCU-CHECK, 30 tiras de autocontrol para invidentes y 250 tiras de autocontrol MEDITRONIC. Anualmente son 60000 tiras de NIPRO, 12000 de ACCU-CHECK, 360 para invidentes y 3000 tiras MEDITRONIC.

Con la ayuda de las responsables de almacén (material fungible) hemos observado con estas cifras y comparándolas con el material recibido en el año 2018, que muchos de nuestros pacientes no se hacen los autocontroles con la regularidad que su tipo de tratamiento aconseja. Por lo tanto, es importante que nosotros como profesionales de la salud, estemos atentos a todo lo relacionado con los cambios de situación de nuestros pacientes para su seguridad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/226 ===== ***

Nº de registro: 0226

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Autores:
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIL MOSTEO MARIA JOSE, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, MOROS SANZ ESTHER, BERNAL GARCIA PILAR, SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A principio de 2107 se observó en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes. Cada profesional del equipo de Calatayud Sur inició una actualización de registro de sus pacientes diabéticos con necesidad de material de autoanálisis. En este nuevo año se han detectado errores en la cumplimentación por parte de los profesionales de la "Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar" de acuerdo con el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. La importancia del proyecto es afianzar y poner en conocimiento entre los profesionales la correcta cumplimentación de la solicitud para facilitar el seguimiento y registro de material entregado así como revisar en nuestros pacientes los posibles cambios en sus tratamientos gestionando el material de forma eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E.
2. Unificar el procedimiento y distribución de material de autoanálisis.
3. Afianzar entre los profesionales el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis.
4. Mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento.

MÉTODO
-Reunión general para informar del proyecto a los profesionales.
-Distribución de la documentación autorizada y dónde encontrarla.
-Formación de los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de "Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar".
-Realización por parte de los profesionales del correcto circuito para la aprobación, por parte de la Farmacia de AP, de la solicitud.
-Revisión de las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemiantes, cambio de situación o de actividad).
-Registro de pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento.
-Cumplimentación del "PCE- Conocimientos Deficientes" por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad.

INDICADORES
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100%
Periodo de evaluación: abril 2018
OBJETIVO DEL 1 AL 3: Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 50%
Límite superior: 70 %
Periodo de evaluación: junio 2018
OBJETIVO 4: % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.
Valor a alcanzar: 60%
Límite inferior: 40%
Límite superior: 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Periodo de evaluación: junio 2018

OBJETIVO 4: % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado "Conocimientos Deficientes en Diabetes"

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%

Límite superior: 100%

Periodo de evaluación: anual

OBJETIVO 4: Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%

Límite superior: 100%

Periodo de evaluación: anual

DURACIÓN

-Fecha prevista de inicio: Abril de 2018

Reunión general

Distribución de documentación.

-1ra. Autoevaluación: Junio 2018

Solicitudes bien cumplimentadas por los profesionales de Calatayud Sur.

-Fecha prevista finalización: 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 - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIGON SANMARTIN LUIS
BERNAD HERNANDO SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primer y segundo trimestres:

La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.

Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.

Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.

Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.

Análisis de los resultados en diciembre del 2018.

Material utilizado: Elaboración de una ficha para la recogida de los datos de historia farmacológica, horario de toma de la medicación, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica informatizada de cada paciente. También se recogen los datos de antecedentes médicos asociados: HTA, diabetes, dislipemia, enfermedad renal crónica, tabaquismo, índice de masa corporal. A partir de la historia clínica de OMI de cada paciente.

Descripción del perfil de MAPA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA: Resultado obtenido 70%.

Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I: 50%

L.S: 70%

INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA: Resultado obtenido 20%.

Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I.: 10%

L.S: 20%

2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR: Resultado obtenido 46,6%.

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:

Valor a alcanzar 49%

L.I: 39%.

L.S: 59%

INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER: Resultado obtenido 10%.

Valor a alcanzar 9%

L.I: 5%

L.S: 15%

INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO: Resultado obtenido 20%.

Valor a alcanzar 2%

L.I: 0%.

L.S: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO): Resultado obtenido 23,3%.

Valor a alcanzar 39%

L.I: 29%

L.S: 49%

3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA

INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA: Resultado obtenido 83,3%.

Valor a alcanzar: 40%

LI: 30%

LS: 50%

INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE: Resultado obtenido 4,2%.

Valor a alcanzar: 30%

LI: 20%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

LS: 40%
INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE: Resultado obtenido 12,5%.
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA : Resultado obtenido 83,3%.
Valor a alcanzar: 50%
LI: 30%
LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Resultado obtenido 56,6%.
Valor a alcanzar: 80%
LI: 70%
LS: 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sería preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.
Es una herramienta útil que nos ayuda a la mejora del control y prevención de eventos cardiovasculares graves en pacientes de riesgo. Se trata de un proyecto a largo plazo, puesto que el beneficio que se puede derivar de las modificaciones farmacológicas, se ve en el continuo de los cuidados médicos e higienicodietéticos que nuestros pacientes precisan a lo largo de su vida, ya que se trata de enfermedades crónicas que aumentan su prevalencia con la edad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/252 ===== ***

Nº de registro: 0252

Título
IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Autores:
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, DIGON SANMARTIN LUIS, BERNAD HERNANDO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Numerosos estudios han demostrado que la presión arterial (PA) ambulatoria estima de forma más precisa y con mayor reproducibilidad el riesgo cardiovascular (RCV) y la lesión de órgano diana (LOD) que la PA clínica. Las últimas evidencias apuntan que el valor ambulatorio de presión arterial nocturna es el mejor predictor de enfermedad cardiovascular (ECV) de forma independiente a los valores de presión arterial ambulatoria diurna en pacientes hipertensos.
Los primeros datos que tenemos sobre prevalencia de HTA nocturna provienen del registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPAPRES) de la SEHLELHA, en el que en una cohorte de 33820 hipertensos tratados, la prevalencia de HTA nocturna fue del 60,8% y un 16,3% presentaron hipertensión nocturna aislada (HNA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

RESULTADOS ESPERADOS

Será preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.

MÉTODO

Registro presión arterial ambulatoria mediante MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) durante 24 horas a pacientes adultos diagnosticados de HTA, mediante la colocación de un monitor de presión arterial.
Registro del horario de la toma de la medicación antihipertensiva, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica electrónica de cada paciente.
Realización y registro de las actividades de enfermería sobre conocimiento deficientes de los pacientes hipertensos.
Dar sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP.
Dar sesiones de casos clínicos y exposición de resultados a los miembros del EAP.
Evaluación intermedia de los resultados.

INDICADORES

1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA:

Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I.: 50%

L.S.: 70%

INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA.

Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I.: 10%

L.S.: 20%

2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR:

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:

Valor a alcanzar 49%

L.I.: 39%.

L.S.: 59%

INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER:

Valor a alcanzar 9%

L.I.: 5%

L.S.: 15%

INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO:

Valor a alcanzar 2%

L.I.: 0%.

L.S.: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO)

Valor a alcanzar 39%

L.I.: 29%

L.S.: 49%

3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA

INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA

Valor a alcanzar: 40%

LI: 30%

LS: 50%

INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE

Valor a alcanzar: 30%

LI: 20%

LS: 40%

INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE

Valor a alcanzar: 30%

LI: 20%

LS: 40%

4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA

Valor a alcanzar: 50%

LI: 30%

LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:

Valor a alcanzar: 80%

LI: 70%

LS: 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

DURACIÓN

Primer y segundo trimestres:

La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.

Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.

Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.

Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.

Análisis de los resultados en diciembre 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 - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 14/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR
DIGON SANMARTIN LUIS
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
ARMANIU TOBAL JORGE
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer cuatrimestre del 2018, se creó el grupo de trabajo interdisciplinar compuesto por profesionales medicina y enfermería del EAP Calatayud Sur para la elaboración del manual de acogida.
Se designó un responsable para la entrega del manual de acogida y de la encuesta-cuestionario sobre la información recibida a los nuevos profesionales.

Se realizaron reuniones de los participantes en el proyecto todos los martes y jueves de Enero a Abril de 2018. Para la elaboración del manual nos hemos basado en el formato de manuales de acogida de los EAPs de nuestro sector integrados en el SGC ISO 9001. Los contenidos mínimos que se recogen en el manual son los siguientes:

1. Objetivo y ámbito de aplicación.
2. Introducción al EAP
3. Actividades.
4. Organización.
5. Accesos Informáticos.
6. Historia Clínica.
7. Procesos Administrativos.
8. Seguridad para todos.
9. Anexos

Se elaboró una encuesta-cuestionario de satisfacción de los profesionales para evaluar sus conocimientos sobre el funcionamiento del centro y para conocer el grado de satisfacción sobre el contenido del manual de acogida. Se envió en el mes de mayo (30/05/2018) a la unidad técnica para su revisión.

El documento fue aprobado por la coordinadora del equipo con fecha del 19 de septiembre de 2018.

El manual se colgó en Intranet clínica del Sector Calatayud, en el apartado "Atención Primaria"
http://172.25.88.150/modules/AP/Manual_acogida_CSCalatayudSur_20180919_revA.pdf

Se impartió una sesión clínica con fecha del 24 de octubre de 2018 para presentar el manual de acogida y difundir su contenido a todos los profesionales el EAP Calatayud Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el segundo y tercer cuatrimestre se han recogido los datos hasta diciembre 2018 y evaluado resultados según indicadores: en total se han incorporado 10 profesiones con más de 90 días de trabajo.

1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento.

Resultado: 10/10 = 100%

Se ha entregado documento al 100% de los nuevos profesionales incorporados tanto por bajas temporales, vacaciones, jubilaciones, movilidad voluntaria, personal en formación. Con un tiempo mínimo de permanencia en el EAP de

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta respecto a encuestas entregadas.

Resultado 90% = (9/10)

3. Porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud

Número de encuestas que reflejan conocer al menos el 70% de las respuestas/total de encuestas entregadas

Resultado 80% (8/10)

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil.

(Número de encuestas con una calificación superior a 7 /número de encuestas contestadas)

Resultado 70% (7/10)

En la encuesta también se pregunta a los profesionales sobre posibles cambios en el manual de acogida las sugerencias aportadas ha sido -Mayor aclaración sobre funcionamiento

Aclarar el procedimiento del servicio de Admisión.

Explicaciones de derivaciones desde A. Primaria a otros Servicios de A. Especializada no existentes en Hospital Ernest Lluch.

Frecuencia de revisión mantenimiento del manual de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el este proyecto hemos planteado los objetivos planteados. El manual de acogida es una herramienta importante para el buen funcionamiento del EAP que seguiremos actualizando según anualmente y incluyendo las mejoras propuestas en las encuestas de satisfacción de los profesionales (funcionamiento servicio de admisión, funcionamientos de aparatos, etc.).

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

*** ===== Resumen del proyecto 2018/305 ===== ***

Nº de registro: 0305

Título
REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Autores:
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, DIGON SANMARTIN LUIS, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CARMANIU TOBAL JORGE, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Problema u oportunidad de mejora:
En el EAP de Calatayud Sur no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida. Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios. Consideramos que esto es necesario porque redundará en una óptima asistencia a los usuarios del centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados que se esperan conseguir:
mayor conocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

MÉTODO

Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida
Elaborar un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, consultorios, profesionales, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a los usuarios
.Idear un libro registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Calatayud Sur 2018 por periodos de trabajo o periodos formativos
Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro
Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.

El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria y permitirá a nuevo miembro saber a quien dirigirse en caso de necesidad.
La encuesta servirá para comprobar si las personas que han recibido el manual de acogida, han conseguido conocer adecuadamente las peculiaridades de nuestro EAP y también un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

INDICADORES

Indicadores:
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:
(numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%
Limite inferior 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

límite superior 100%

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:

(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

límite inferior 60%

límite superior 80%

3. porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:

(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

límite inferior 60%

límite superior 100%

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:

(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100,

resultado esperado 80%

límite inferior 60%

límite superior 80%

Los cuestionarios y distintas actividades que consideremos sean necesarias para el buen funcionamiento de nuestro Centro de Salud.

DURACIÓN

Duración y calendario

Realización del manual de acogida, libro de registro y encuesta-cuestionario febrero, marzo, abril y mayo 2018.

Recogida de datos de abril a diciembre de 2018

Evaluación en 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 - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA
CHUECA GORMAZ ISABEL
GIL MOSTEO MARIA JOSE
MOROS SANZ ESTHER
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
ARANAZ VILLARTE MIGUEL
SANMARTIN FLORENZA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. De organización:

Reunión EAP para elegir proyecto y elección de miembros del núcleo de promoción de la salud que organizaran la intervención: 19 de febrero 2018 a las 14h, con la constitución del grupo de trabajo anteriormente citado.
Reunión con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) para preparar la intervención, realizada el 15 de diciembre de 2017 a cargo de la Dra Gálvez.
Reunión con la Jefa de Sección de Estrategias y Formación Dña Asunción Cisneros responsable del programa de violencia de genero del Departamento de Sanidad para preparar la intervención: 24 de enero 2018 a las 13,30., por Dra Gálvez y Dra Bernad.
Reunión con SARES para exponer la intervención y buscar recursos: Dra Elisa Ferrer el 24 de enero 2018 a las 14h, a cargo de la Dra Gálvez y Dra Bernad. Con fecha 16 de marzo de 2018 se remitió por correo electrónico todo el proyecto para su revisión por el SARES, por la Dra Bernad.
Contacto con el Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad) para obtener el permiso para el uso del cómic ganador del III certamen de cómic sobre VG, contactamos con el responsable de Participación Ciudadana a cargo de Dña M José Gil.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018": "Atención a la violencia de género desde el Sistema Sanitario" por la Dra Gálvez y la Dra Bernad.
Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 - 2021, del Gobierno de Aragón, a través del IAM: 19 de marzo: Dra Gálvez y Dra Bernad.
Contacto con activos comunitarios y recursos comunitarios: reunión con la psicóloga de la Comarca, encargada de violencia de género Dña Noelia Calderón el día 25 de abril, nos presenta el plan de actuación integral de la Comarca en Violencia de Género: dña Esther Moros y Dña Laura Sanmartín.
Selección del material audiovisual y encuesta previa y posterior a las intervenciones; durante los meses de marzo y abril por parte del grupo de trabajo partir del material obtenido en distintas reuniones.
Elaboración del consentimiento informado según formato del IACS y de las cartas a remitir a padres y adolescentes: durante los meses de marzo y abril por parte del grupo de trabajo a partir del material obtenido en distintas reuniones.
Obtención de población diana según datos de tarjeta sanitaria por parte de Secretaría de Dirección: por Secretaria de Dirección a marzo 2018.

2. De comunicación:

Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG: a cargo de la Dra Gálvez, Dra Chueca y Dra Bernad los días 21 de febrero y 6 de junio de 2018.
Reunión EAP para la explicación de la intervención y presentación del material audiovisual: el día 11 de junio.
Comunicación con alcaldes y peñas.
Comunicación del proyecto a la Dirección de AP.

3. De intervención:

Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio: primera quincena de junio.
Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre el 25 de junio y el 13 julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.
Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio: "CORTA A TIEMPO. EL MALTRATO NO LLEGA DE REPENTE", durante la segunda quincena de octubre.

4. De evaluación:

Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

ediciones: noviembre 2018 por parte del equipo de trabajo.
Análisis de las opiniones de los profesionales: noviembre 2018 por parte del grupo de trabajo
Comunicación de los resultados a los miembros del EAP: previsto para diciembre de 2018 no se ha podido realizar por traslados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cobertura alcanzada: 50% (basada en cobertura del año pasado). Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%. la cobertura alcanzada ha sido del 41%.
Porcentaje de localidades que participa: 70% (basado en localidades que participaron el año pasado). LI: 50% - LS: 100%. el 89,9% ha cumplimentado la encuesta.
Porcentaje de incrementos del aprendizaje sobre tipos de violencia de genero antes/después de la intervención realizada : 60% (basado en resultados del año pasado). LI: 50% - LS: 100%. 51,8%
Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.79,3%
Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado un formación específica sobre violencia de genero: 20% LI: 10%- LS: 30%. ha sido del 26,3%, con un total de 5 profesionales.
Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de genero y el circuito específico de derivación en la zona rural de Calatayud: 80%. LI: 70% - LS:100%.considerando los asistentes a la sesión del 6 de junio: 52,6%, 10 profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Han participado el 41% de la población, con una edad media de 15,2 años, predominantemente mujeres 72%.
El 82,7% convivían en un familia tradicional, el 48,2% había repetido curso y realizaba algún trabajo remunerado el 13,7%.
Salían más de un día a la semana el 48,2% y entre sus aficiones destacan quedan con amigos (55.1%), redes sociales e internet (51.7%) y el deporte (41,3%).
Entre las respuestas a la encuesta destacan: interrumpirles cuando hablan, molestarle que hable con otras personas, sentirse nervioso por hacer algo que no le va a gustar y sentirse controlado (3,4%).
El 79,3% es capaz de identificar la violencia psicológica como parte de la violencia de genero y casi el 52 % ha mejorado su conocimiento sobre el tema tras la intervención.
Como temas para próximos años destacan; alcohol, drogas y educación sexual.
La valoración global de 0 a 10 fue de 7,9, al 89,6% le ha resultado útil y el 82,7% la recomendaría a sus compañeros.

7. OBSERVACIONES.

Resaltar un año más la necesidad de un trabajo compartido a nivel de sistema educativo, sanitario e institucional para reforzar y unificar los mensajes que reciben nuestros adolescentes.
Nos ha llamado la atención el echo de que el 72% de los participantes este año fueran mujeres, hemos de conseguir implicar en este tema a los adolescentes varones como parte de la solución.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/314 ===== ***

Nº de registro: 0314

Título
PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Autores:
BERNAD HERNANDO SONIA, GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, CHUECA GORMAZ ISABEL, GIL MOSTEO MARIA JOSE, MOROS SANZ ESTHER, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, ARANAZ VILLARTE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la Macroencuesta de Aragón de 2011 se observa un importante aumento de los casos de violencia de género detectados en población de 14 a 19 años con una tasa de 17,10 en 2009 a 92,37 en 2011. Los adolescentes tienen dificultades a la hora de identificar conductas de maltrato psicológico como coacciones, celos, control.. considerando únicamente violencia de género los casos de agresiones graves. Por todo ellos nos parece importante conocer sus opiniones y creencias sobre violencia de género (en adelante VG) y potenciar las relaciones de igualdad y "buen trato".

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el concepto de VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Conocer el grado de exposición a la VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Evaluar el grado de conocimientos que tiene sobre los distintos tipos de VG y los recursos que tienen a su disposición.
Sensibilizar y concienciar a los jóvenes sobre las relaciones de igualdad y "buen trato".
Mejorar la formación de los profesionales de nuestro C.S. en violencia de género y conocer los activos comunitarios en este campo.

MÉTODO

1. De organización:

Reunión EAP para elegir proyecto.
Contactos para preparar las intervenciones con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM), la responsable del programa de violencia de género del Departamento de Sanidad, SARES y Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad). Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 - 2021, del Gobierno de Aragón.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018.

Contacto con activos comunitarios.

Selección del material audiovisual y encuestas

Obtención de población diana.

2. De comunicación:

Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG, con presentación del material para las intervenciones.

Comunicación con alcaldes, peñas y Dirección de AP.

3. De intervención:

Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio.

Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre finales de junio y principios de julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.

Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio.

4. De evaluación:

Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas ediciones y de las opiniones de los profesionales.

INDICADORES

Cobertura alcanzada: 50%. Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%.

Porcentaje de localidades que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de profesionales que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de adolescentes que cumplimenta la encuesta: 90%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de incremento del aprendizaje sobre tipos de violencia de género antes/después de la intervención realizada : 60%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.

Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado formación específica sobre violencia de género: 20% LI: 10%- LS: 30%.

Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de género y el circuito específico de derivación: 80%. LI: 70% - LS:100%.

DURACIÓN

Actividades de organización: consistentes en la elección del proyecto, formación del personal, preparación del material y comunicación con otras organizaciones: enero a mayo de 2018, realizada por miembros del proyecto.

Actividades de comunicación: consistentes en sesiones formativas al EAP y comunicación con agentes locales: de febrero a mayo 2018, realizado por miembros del proyecto.

Actividades de intervención: consistente en la realización de las intervenciones con adolescentes, de junio a octubre 2018, realizado por miembros del proyecto.

Actividades de evaluación: consistente en el análisis de las intervenciones, de sus resultados y lecciones aprendidas para próximos años, de octubre a diciembre 2018, realizado por miembros del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL CHUECA GORMAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS PIQUERAS CARMEN
BERNAL GARCIA PILAR
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
DE LUCAS BARQUERO ADRIADNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos planteados. En el mes de abril del año 2018 se hicieron dos reuniones informativas en la biblioteca del Centro de Salud para difundir el proyecto a todos los profesionales sanitarios del equipo de Calatayud Sur. En estas reuniones se nombraron los responsables de botiquín y almacén de farmacia que realizarían las funciones de solicitud de petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital del albarán sellado.

Se acordó que fueran tres responsables del equipo, dos profesionales de enfermería y un profesional médico. En estas reuniones se acordó que, mensualmente, los profesionales que realizan la atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribuirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.

Se explicó que todos los meses la farmacéutica de Atención Primaria realizaría la revisión, actualización y remisión del listado de productos a caducar para el control de caducidades por correo electrónico a los coordinadores de equipo y responsables de botiquín de farmacia. Ellos serían los encargados de difundir, vía correo electrónico, el listado al resto de profesionales del equipo.

Los responsables de petitorio de farmacia se han reunido varias veces a lo largo del año 2018 con la farmacéutica del sector para consensuar la mejor forma de organización del almacén de farmacia; cómo identificar y etiquetar las estanterías del almacén y de las consultas de Calatayud Sur y cómo identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en etiquetado o en el nombre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % DE PROFESIONALES QUE ASISTEN A LA REUNION INFORMATIVA.

Las dos reuniones informativas para explicar el proyecto de calidad a los profesionales del equipo de Calatayud Sur se llevaron a cabo en el mes de abril del año 2018 en la biblioteca del centro. En el equipo de Calatayud Sur, somos un total de 20 profesionales, 11 médicos y 9 enfermeros.

Planteamos que, por lo menos el 60% del equipo acudiera a las reuniones informativas. Se consiguió un 70 % de asistencia, ya que acudieron 16 profesionales del equipo.

2. % DE PROFESIONALES DEL EQUIPO QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO

De los 20 profesionales (11map y 9 eap), han participado 16 profesionales (8 map y 8 eap), es decir, un 70% del equipo ; siendo un 50% eap de los profesionales que participaron en el proyecto y el 50% restante map. Nuestro límite inferior estaba fijado en un 80%. con lo cual no hemos alcanzado el indicador propuesto.

3. % DE ALBARANES REMITIDOS A FARMACIA DE HOSPITAL TRAS SU COMPROBACIÓN.

El primer jueves de cada mes se recibe el petitorio de farmacia con su correspondiente albarán y el listado de dispensación de artículos de farmacia. Después de su comprobación este albarán es sellado, y junto con una fotocopia del listado de dispensación se remite a farmacia hospitalaria por correo interno.

Durante el año 2018, se ha remitido a farmacia hospitalaria el 100% de los albaranes tras ser comprobados.

4. ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS POR PRINCIPIO ACTIVO EN ALMACÉN DE FARMACIA.

Antes de comenzar con el etiquetado de los medicamentos, se realizó la revisión del equipamiento del almacén de farmacia del EAP de Calatayud Sur, para ello se tuvo en cuenta:

- En cuanto al mobiliario, los requisitos de las estanterías son los siguientes:
 - Deberán ser metálicas (otro tipo de material, como la madera, puede estropearse con más facilidad) y capaces de soportar bastante peso (no deformables con facilidad).
 - La altura de las mismas debe ser acorde a la estatura del personal que las va a utilizar. Hemos de procurar que la altura máxima no exceda de 1,75 metros para evitar al personal problemas de accesibilidad a la mercancía. Las estanterías que se pueden adquirir son las denominadas tipo "compacto", lo que aumentaría la superficie de los almacenes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

- Igualmente, hemos de tener en cuenta que la última balda nunca esté pegada al suelo. Debemos montarlas de forma que de la última al suelo haya una distancia de seguridad de 20 ó 25 cm. Este margen de seguridad nos protegerá de posibles catástrofes (inundaciones) o del contacto con animales (roedores, insectos...).
- Las estanterías deben ser fácilmente limpiables.
- Las condiciones especiales en el almacén:
 - Armario o caja fuerte para estupefacientes: hay que determinar el volumen de consumo de estos medicamentos y en función del mismo habilitaremos una u otra opción. Siempre bajo llave. Una caja fuerte con cerradura de seguridad dentro del almacén valdría para aquellos centros cuyo consumo no sea excesivo.
 - Nevera para medicamentos termolábiles: deberá tener controlada la temperatura mediante sonda. El rango de temperatura máxima-mínima deberá encontrarse siempre entre 2-8°C. Se realizará registro diario de las temperaturas

Posteriormente a la revisión de los requisitos mínimo que debía de cumplir el almacén se detectó que "el etiquetado de medicamentos iba a ser un proceso complejo ya que la parte de almacén que teníamos en el equipo destinada a la farmacia no reunía las condiciones adecuadas, sobre todo por la escasez de espacios en las estanterías, para llevar a cabo este indicador del proyecto. Después de consultar este problema con dirección, se nos proporcionaron más baldas para las estanterías que algunos de los componentes del equipo de Calatayud Sur montaron. Se pidió colaboración a la farmacéutica de Atención Primaria que nos facilitó un listado de la medicación disponible en el pacto de farmacia ordenada por orden alfabético de principio activo. También nos indicó cómo etiquetar haciendo coincidir las distintas presentaciones del mismo principio activo. Con ayuda de un DYMO se etiquetaron las estanterías disponibles para la farmacia por orden alfabético de principio activo.

Estimamos necesario añadir debajo de cada principio activo su nombre comercial y forma de presentación para facilitar el reconocimiento de los fármacos por todo el personal sanitario. También se han etiquetado las baldas de las neveras y ordenado por principio activo. Hemos conseguido etiquetar el 100% de la medicación disponible en el almacén de farmacia de nuestro equipo.

5. IDENTIFICACIÓN Y SEPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ISOAPARIENCIA EN EL ETIQUETADO O EN EL NOMBRE EN ALMACÉN DE FARMACIA.

La urgencia en la selección de fármaco es una de las causas más comunes en los errores de medicación y donde la identificación debe ser inequívoca, clara y cualquier ayuda en la identificación de los fármacos aumenta la seguridad del paciente. Medicamentos como Adrenalina, Atropina, Naloxona o Haloperidol son algunos de los fármacos más habituales de situaciones urgentes. Sus envases son muy parecidos en cuanto al color y el tamaño, lo cual puede favorecer a errores. Por lo tanto, es importante incluir medidas de isoapariencia para mejorar la seguridad del paciente. Una medida fue colocar estos fármacos en baldas diferentes y separados por otros fármacos, así como en el caso de tener dos nombres el principio activo poner el que diera lugar a menor error. Por ejemplo, teniendo adrenalina y atropina se nombra la adrenalina por epinefrina alejándose en balda de la atropina. La identificación y separación de medicamentos es un proceso que debe llevarse a cabo en el momento que se recibe el petitorio de farmacia. Hay que controlar medicamento por medicamento y colocarlo en su lugar correspondiente. Donde más complicación puede haber por similitud en la isoapariencia es en los sueros. Lo hemos solucionado separando los de igual presentación intercalando otros de pariencia distinta para prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente por equívocos en la identificación. Hemos identificado, separado y etiquetado los medicamentos de isoapariencia semejante en el almacén de farmacia en un 100%.

6. MESES EN LOS QUE SE HA ENVIADO CORREO ELECTRÓNICO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DEL LISTADO DE PRODUCTOS DE FARMACIA A CADUCAR.

Mensualmente, mediante correo corporativo, la farmacia de Atención Primaria remite a los coordinadores del equipo el listado de productos de farmacia a caducar en el mes. Los coordinadores lo remiten a todos los profesionales sanitarios del equipo. Todos los meses se han enviado los correos.

7. % DE LISTADO DE CADUCIDADES REMITIDOS A FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, TRAS SU COMPROBACIÓN.

Después de que cada profesional recibe el listado de medicación a caducar en el mes, debe de comprobar con éste el botiquín de su consultorio, también se comprueban las caducidades del Servicio de Urgencias de Calatayud Sur y las del almacén de farmacia. Una vez comprobados los listados se remiten al responsable de la farmacia del equipo que hace un recuento de los productos caducados y se registran en una hoja Excel que que se remite trimestralmente a la farmacéutica de atención primaria. Se enviaron los listados de caducidades por correo electrónico a farmacia de A.P en las siguientes fechas: 28/03/18, 06/07/18 y 16/10/18 y 19/12/18.

8. SE HA REALIZADO AL MENOS UNA REUNIÓN CON FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CONSENSUAR STOCK ÓPTIMO DE FARMACIA.

Nos hemos reunido en distintas ocasiones con la farmacéutica de Atención Primaria para el desarrollo del proyecto (abril, junio y noviembre 2018) y así poder valorar el stock del almacén de farmacia y poder cubrir las necesidades del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio. El proyecto se ha trabajado por una parte importante de los profesionales del EAP de Calatayud Sur, implicándose tanto profesional como personalmente para mejorar la seguridad al paciente y la tarea diaria de los profesionales. Se han desarrollado todas las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora de la seguridad al paciente y la disminución de errores en la selección de la medicación por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención asistencial. Este proyecto se puede hacer extensible al resto de equipos de atención primaria del sector de Calatayud y al resto de sectores. Este proyecto de calidad se ha llevado a cabo durante el año 2018. Es un proyecto que se continuará en el tiempo y que se pretende que se haga extensible al resto de los equipos de atención primaria ya que es una forma de gestionar de forma óptima el almacén de farmacia, botiquines locales y servicio de urgencias desde la base de un uso racional del medicamento, para ser más eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/462 ===== ***

Nº de registro: 0462

Título
BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Autores:
CHUECA GORMAZ ISABEL, BERNAL GARCIA PILAR, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion en urgencias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur, fue inaugurado en el año 2016, motivo por el cual durante 2017 se implantó el proyecto de calidad (2016/1234) de revisión del circuito de mantenimiento del material y aparatos de la sala de urgencias y de forma más específica el carro de paradas y maletín de urgencias. Hemos detectado la necesidad de mejorar la gestión del almacén- botiquín de farmacia desde la base de un uso racional del medicamento, para ser más eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente en cuanto a la identificación y administración de medicamentos. De esta forma se dará continuidad al proyecto de calidad de 2017 de urgencias en nuestro equipo de atención primaria y se podrán establecer criterios de calidad y seguridad clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Difundir e implicar a todos los profesionales en el " Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos"
- 2- Revisión y actualización del listado de medicamentos en el EAP Calatayud Sur
- 3- Revisión y adecuación el stock óptimo de medicamentos a las necesidades del equipo
- 4- Identificar los fármacos del botiquín /almacén por principio activo
- 5-Identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre.

MÉTODO

OBJETIVOS 1-2:

- Dos sesiones informativas para difundir el proyecto a todos los profesionales del EAP,
- Nombrar a los responsables de botiquín y almacén de farmacia que realizaran las funciones de solicitud de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital el albarán sellado.
- Mensualmente los profesionales que realizan la Atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.
- Mensualmente los responsables de almacén remitirán por correo electrónico a todos los profesionales del equipo el listado de productos de farmacia a caducar, control de caducidades.

OBJETIVO 3:

- Revisión / actualización del listado y del stock de medicamentos en el CS Calatayud Sur
- Realización de al menos una reunión de los responsables de petitorio de farmacia con la responsable de farmacia del Sector para consensuar los stock óptimos en base a petitorios previos.

OBJETIVO 4 y 5

- Identificar (etiquetar) en las estanterias del almacén de medicamentos/consultas de Calatayud Sur los medicamentos por principio activo.
- Identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en etiquetado o en nombre incluidos en el listado de medicamentos del almacen de Calatuayud Sur

INDICADORES

1- % de profesionales que asisten a la reunión informativa:

Valor a alcanzar: 100%

Límite superior: 100%

Límite inferior: 60%

Fecha de reunión: abril 2018, en la biblioteca del CS.

2- % de profesionales del equipo que participan en el proyecto:

Valor a alcanzar: 100%

Límite superior: 100%

Límite inferior: 80%

Periodo de evaluación . Anual.

3- % de albaranes remitidos a farmacia de hospital, tras su comprobación

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 70%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

4- Etiquetado medicamentos por principio activo en almacen de farmacia

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 90%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

5- Identificación y separación de medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre en almacén de farmacia

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 90%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

6- Meses en los que se ha enviado correo electrónico a todos los profesionales del equipo del listado de productos de farmacia a caducar

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 80%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

7- % de listado de caducidades remitidos a farmacia de AP, tras su comprobación

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 70%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

8- Se ha realizado al menos una reunión con farmacia de AP para consensuar stock óptimo de farmacia

Valor a alcanzar: Si

Límite inferior: uno

Límite superior : no se puede precisar previamente

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Abril de 2018

Reunión informativa: primer lunes de abril de 2018

Evaluación intermedia: Junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Revisión de todos los indicadores.
Fecha prevista finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

1. TÍTULO

TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LAURA SANMARTIN FLORENZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN
BERNAL GARCIA PILAR
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
JABBOUR NEEMI ISSA
VALLEJO ERDOCIAIN MARIA LUISA
MOROS MELUS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos planteados. En el mes de abril de 2019 se hicieron dos reuniones informativas en la biblioteca del centro de Salud de Calatayud. La primera para para difundir el proyecto a los profesionales sanitarios del equipo de Calatayud Sur y la segunda para nombrar a los profesionales que se harían responsables de realizar las actividades en los colegios pertenecientes al Centro de Salud de Calatayud Sur.
Durante el mes de mayo de 2019 se llevaron a cabo distintas reuniones con los profesionales sanitarios que iban a participar en el proyecto, donde se realizaron varias lluvias de ideas sobre cómo llevar a cabo las actividades en los colegios, se nombró a un responsable para la realización de la presentación en PowerPoint y se buscaron en internet distintos carteles de realización de un correcto lavado de manos para que las escuelas participantes en el proyecto los colgaran en sus baños y así los escolares lo tuvieran presente a la hora de lavarse las manos. Los carteles se hicieron en español y en inglés. También se decidió buscar material didáctico para entregarlo impreso a los niños, como dibujos, recordatorios de los pasos de lavado de manos...obtenidos de la página www.e-bug.eu.

Se pensó en utilizar lámparas Hartmann en las actividades, y se solicitaron a Cristina Mora, consultora comercial especialista de desinfección de laboratorios Hartmann. Las recibimos a mitad del mes de mayo de 2019. Estas lámparas permiten, después de lavar las manos con una solución hidroalcohólica, a través de una luz ultravioleta, observar a simple vista las regiones de las manos que no están limpias.
Los profesionales implicados en el proyecto nos pusimos en contacto con las directoras del CRA "Tres Riberas" al que pertenecen las escuelas de los municipios de Maluenda, Fuentes de Jiloca, Morata de Jiloca, Villafeliche, Paracuellos de Jiloca, Terrer, Mara y Miedes y del CRA "El Mirador" al que pertenece la escuela del municipio de Munébrega. Las directoras nos ofrecieron la posibilidad de empezar a hacer la actividad entre finales del mes de septiembre y octubre, ya que estaban finalizando el curso y querían que todas las escuelas pudieran participar y que ningún niño quedara fuera de la actividad. Aunque no se cumplía el calendario establecido en un principio para el proyecto, en una reunión mantenida con los responsables se acordó realizar la actividad con los escolares durante el mes de octubre coincidiendo con el mes en el que se celebra el día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre).

A finales de septiembre de 2019 se retomó el contacto con las direcciones de los CRA. A principios de octubre los participantes en este proyecto nos volvimos a reunir para cuadrar nuestras agendas y horarios para la realización de los talleres de lavado de manos y así comunicar las fechas a las escuelas participantes.
También se decidió que todos seguiríamos la misma línea a la hora de realizar las actividades en los colegios. Los talleres que realizamos en los colegios durante el mes de octubre constaron de dos partes.

En una primera parte se realizó la explicación a la clase y a los docentes de la actividad y se les enseñó una presentación de PowerPoint y un vídeo. La presentación explicaba cuándo y por qué hay que lavarse las manos y también explicaba los pasos para una técnica correcta de lavado de manos. En cada diapositiva de los pasos del lavado de manos los profesionales sanitarios íbamos explicando la técnica a los niños para reforzársela. Se les pasó la proyección de un vídeo titulado "La historia de los niños manitas sucias".
Los niños y docentes participantes de la actividad iban repitiendo la técnica a la vez que se la íbamos explicando.

En la segunda parte, los niños utilizaron soluciones hidroalcohólicas mezcladas con un líquido sensible a la luz ultravioleta, para la realización de la técnica de lavado de manos explicada previamente, y con las lámparas Hartmann, los profesionales sanitarios de la actividad responsables observamos las manos de los niños y evaluamos quién había realizado una correcta higiene.

Al finalizar la actividad se les entregó el material didáctico a los escolares y unos pósters a los docentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de colegios que participan en el proyecto
Nuestro objetivo era que, por lo menos un 80% de los colegios pertenecientes a los dos CRA, participaran en los talleres de lavado de manos.
En el CRA "Tres Riberas" hay 8 escuelas que pertenecen al Centro de Salud de Calatayud Sur y en el CRA "El Mirador" hay una escuela que pertenece a nuestro centro de salud
Los talleres se empezaron a realizar el día 18 de octubre en el colegio de Paracuellos de Jiloca, el 21 de octubre en el colegio de Munébrega, el 22 de octubre en el colegio de Maluenda, el 23 de octubre en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

1. TÍTULO

TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

colegio de Terrer, el 24 de octubre en los colegios de Villafeliche, Fuentes de Jiloca y Morata de Jiloca y se finalizaron las actividades el 29 de octubre en los colegios de Mara y Miedes.

Participaron el 100% de las escuelas adscritas al Centro de Salud de Calatayud Sur.

2. Número de escolares que participan en los talleres

La 9 escuelas adscritas al Centro de Salud de Calatayud Sur tienen un total de 131 alumnos. Repartidos de la siguiente forma:

28 niños en el colegio de Paracuellos de Jiloca, 8 niños en el colegio de Munébrega, 53 niños en el colegio de Maluenda, 9 niños en el colegio de Terrer, 4 niños en el colegio de Villafeliche, 7 niños en el colegio de Fuentes de Jiloca, 8 niños en el colegio de Morata de Jiloca, 3 niños en el colegio de Mara y 11 niños en el colegio de Miedes.

Los talleres de lavado de manos se impartieron a escolares entre 3 y 12 años de edad pertenecientes a nuestra zona de salud. Las actividades se realizaron en una misma aula menos en el colegio de Maluenda que se separaron a los niños en dos grupos por ser muy numerosos; primero se realizó la actividad a los niños de infantil y primer ciclo de primaria y después se realizó a los niños de segundo ciclo de primaria.

Queríamos alcanzar, como mínimo, una participación del 60% de los escolares, se consiguió que participaran el 100% de ellos. Todos los escolares pertenecientes a las escuelas participaron en los talleres.

3. Número de escolares que realizan una correcta técnica de lavado de manos

La segunda parte de los talleres de lavado de manos consistían en la realización de la técnica con una solución hidroalcohólica por parte de los escolares participantes. Con las lámparas de luz ultravioleta, los profesionales sanitarios que impartimos el taller, pudimos valorar cuántos niños habían realizado una correcta higiene de manos. Nuestro objetivo mínimo era que, por lo menos un 60% de los escolares, realizaran una correcta higiene de manos. Es decir, si el total de niños es de 131, por lo menos 79 tenían que realizar una correcta higiene de manos.

Los escolares participantes que realizaron una correcta higiene de manos se distribuyeron de la siguiente manera:

Paracuellos de Jiloca: 16 niños de 28

Munébrega: 5 niños de 8

Maluenda: 32 niños de 53

Terrer: 7 niños de 9

Villafeliche: 4 niños de 4

Fuentes de Jiloca: 5 niños de 7

Morata de Jiloca: 5 niños de 8

Mara: 3 niños de 3

Miedes: 8 niños de 11

En total 85 escolares de los 131 que participaron en los talleres hicieron una correcta higiene de manos, es decir un 64%. Cumplimos el objetivo marcado al inicio del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado con las escuelas ha sido muy satisfactorio. En el proyecto han trabajado todos los profesionales de enfermería y un profesional médico, implicándose tanto profesional como personalmente en la realización de las actividades para que los escolares que pertenecen a nuestro centro de salud incrementen sus conocimientos sobre prevención de enfermedades que se transmiten a través de las manos así como la promoción de la salud, que los propios niños incrementen el control de su salud para así mejorarla.

Como equipo nos ha gustado mucho el área de intervención de promoción y educación a la salud en las escuelas ya que consideramos que la edad escolar es uno de los mejores momentos para impulsar estilos de vida saludables.

Además el CRA "Tres Riberas" está dentro de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de la Salud; escuelas que priorizan en su proyecto educativo la promoción de la salud.

Este proyecto de atención comunitaria en la escuela llevado a cabo durante el año 2019 pretendemos que se continúe en el tiempo. Nuestro objetivo es realizar de nuevo talleres de recuerdo de lavado de manos así como de cualquier otro tema que, como profesionales sanitarios, podamos impartir para promoción de la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1151 ===== ***

Nº de registro: 1151

Título
TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

Autores:
SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, BERNAL GARCIA PILAR, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, MOROS MELUS MARIA JESUS, VALLEJO ERDOCIAIN MARIA LUISA, JABBOUR NEEMI ISSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

1. TÍTULO

TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Todos los inviernos, existe una situación de epidemia por cuadros gastrointestinales, respiratorios y gripales en niños en edad escolar. Una de las vías de transmisión más común es el contacto a través de las manos.

Los colegios son nidos de microbios perjudiciales que se propagan rápidamente entre los alumnos a través del contacto. Lavarse las manos es uno de los mejores medios para evitar que los microbios dañinos se propaguen y así prevenir enfermedades.

De manera natural, la piel produce una película grasa que sirve para mantenerla húmeda y evitar que se seque demasiado. Esta capa grasa, sin embargo, es un lugar perfecto para que los microbios crezcan y se multipliquen, y ayuda a los gérmenes a "pegarse" a nuestra piel. Lavarse las manos con regularidad sirve para eliminar los microbios que vamos recogiendo de nuestro entorno (en casa, en el colegio, en el jardín, de animales, alimentos...). Algunos de estos microbios pueden hacernos enfermar si penetran en nuestro interior al comer o al respirar. Lavarse las manos sólo con agua elimina la suciedad visible; sin embargo, se necesita jabón para eliminar la capa grasa de la superficie de las manos, en la que quedan adheridos los microbios.

Hay que lavarse las manos:
Antes, durante y después de preparar alimentos.
Después de ir al servicio.
Después de tocar animales o restos de animales.
Después de toser, estornudar o sonarse la nariz.
Si se está enfermo o se ha estado con personas enfermas.

Por este motivo se decide emprender este proyecto comunitario en la Zona Básica de Salud del Centro dónde está ubicado el CRA "Tres Riberas" Y CRA "El Mirador"

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento de los escolares sobre una correcta higiene de manos para prevenir ciertas enfermedades.
Enseñar a los escolares la técnica correcta del lavado de manos.
Implicar a los docentes del CRA para que los niños adquieran este hábito en sus actividades diarias.

MÉTODO

Sesión informativa a los miembros del equipo con presentación del material didáctico, fechas de realización del proyecto...

Reunión con los directores de las escuelas que pertenecen al CRA para la presentación del proyecto.

Talleres de lavados de manos en las escuelas del CRA. Estos talleres constan de dos partes:

Primera parte: a realizar el mes de mayo de 2019 coincidiendo con las fechas próximas al "día mundial de la higiene de manos" establecido por la OMS.

- Explicación a la clase de la actividad y presentación de PowerPoint/vídeo para los niños y docentes.

- Exposición por parte de los sanitarios de la técnica correcta de lavado de manos.

- Repetición de la técnica por parte de los niños.

- Facilitar material didáctico (póster, pasatiempos...) obtenido de la página www.e-bug.eu.

Segunda parte: a realizar en el mes de junio de 2019

Evaluación de la actividad por parte de los profesionales sanitarios a los alumnos de la técnica correcta de la higiene de manos a través de la visualización directa.

Comprobación de que se mantiene el material didáctico entregado en el aula

INDICADORES

Indicador nº1: Colegios participantes

Definición: % de colegios que participan en el proyecto:

Formula: Número de colegios que participan en el proyecto / número total de colegios

Valor a alcanzar: 100 %

límite inferior: 80 %

límite superior: 100 %

Indicador nº2: Escolares Participantes

Formula: Número de escolares que participan en los talleres/ población de escolares de colegios participantes

Valor a alcanzar: 80 %

límite inferior: 60 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

1. TÍTULO

TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

límite superior: 80 %
Indicador nº3: escolares que realizan un correcto lavado de mano
Formula: Número de escolares que realizan una correcta técnica de lavados de manos/ número total de escolares participantes
Valor a alcanzar: 90 %
límite inferior: 60 %
límite superior: 90%

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Abril de 2019
Reunión informativa
Creación de PowerPoint/vídeo para los talleres
Impresión de carteles informativos para las escuelas.
Reunión con los Centros escolares: Abril de 2019
Inicio de los talleres:
Entre Mayo y Junio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1229

1. TÍTULO

HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JULIO CESAR PEREZ BENAVIDES
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION
CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
GUILLEN LLOVERIA GABRIEL
DIGON SANMARTIN LUIS
LUCINDO LAZARO ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-1 Sesión en I.E.S. Leonardo Chavacier a alumnos de 4º de la ESO el día 25 de noviembre. 2019
-2 sesiones en I.E.S. Emilio Gimeno con alumnos de 2º de bachillerato el día 16 de diciembre 2019

2 reuniones con orientadores de ambos institutos para enfocar las charlas y averiguar qué alumnos valoran que mas necesitan la información. Facilitamos encuesta a los alumnos con el fin de conocer su formación previa sobre educación sexual y anti concepción. La información devuelta a nosotros por los orientadores nos ayudó a enfocar la charla de forma más efectiva.

Material:

· Power-Point para la exposición de contenidos:

Exposición adaptada a los alumnos de 4º. En este nos hemos centrado en facilitar información sobre métodos anticonceptivos y sexualidad.

Exposición adaptada a los alumnos de 2º de bachillerato desarrollando información detallada sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, violencia de género en las parejas adolescentes así como uso adecuado de redes de comunicación.

· Cuestionarios pre y post charla.

· Encuesta de satisfacción .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto lo comenzamos reuniéndonos en Septiembre con las orientadoras de ambos institutos. Nos fue transmitida la gran necesidad, según su opinión, de facilitar charlas/talleres sobre sexualidad en su entorno educativo. A su vez, las preocupaciones más compartidas por los adolescentes. Finalmente, los orientadores decidieron que los alumnos asistirían a nuestras charlas.

Se ha intervenido sobre 100 alumnos. En la encuesta de conocimientos posterior todos los alumnos han ganado conocimientos.

Responden correctamente el cuestionario:

Alumnos de 4ª de la eso: en el previo 32% y un 64% en el posterior

Alumnos de 2º de bachillerato: en el previo 87% y en el posterior 88,4%. Por ello, valoramos como muy positivo el trabajo realizado a través de nuestras charlas a los alumnos de 4º de la ESO.

Con respecto al grado de satisfacción total un 83% de los asistentes contestaron la encuesta.

Con respecto al numero de asistentes el 100% de alumnos de bachillerato asisten a la charla y con respecto a los alumnos de 4º de la ESO asistieron un 24% de sus alumnos.

El 85% considera que la exposición de los ponentes a sido buena.

El 62.5% le ha parecido que el tema desarrollado es muy interesante.

El 67.5% consideró que la duración de las sesiones ha sido adecuada.

El 76.71% consideró que no precisa más información que la facilitada en la charla.

El 75% cree que sería conveniente repetir la charla.

El 54.5% consideró que la periodicidad de la charla debería ser anual, mientras que un 31,81% opinó que las charlas debería facilitarse de forma trimestral.

El 73% consideró como muy necesaria, interesante y adecuada la información facilitada.

Para el 75% lo más interesante del curso resultó ser la información sobre anticonceptivos.

Con respecto a los temas que añadirían en un futuro serían: excitación sexual y penetración con la pareja.

Valoramos que hemos alcanzado los objetivos planteados en el proyecto. La fuente de obtención de los datos resulta de los cuestionarios elaborados antes y después de las charlas, así como de las encuestas de satisfacción.

Finalmente, reseñar la gran importancia con la que valoramos la participación e interacción de los alumnos durante la dinámica de la charla con sus preguntas y respuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro proyecto en un principio fue diseñado para adolescentes/jóvenes de 15 años. La orientadora del I.E.S Emilio Gimeno cambió la edad de los grupos priorizando alumnos de 17 años.

El hecho de que la charla fuera facilitada por un especialista en la materia, matrón, conllevó un mayor grado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1229

1. TÍTULO

HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

de seguridad y fiabilidad sobre la información compartida con el alumnado. A su vez aprovechamos e insistimos en la presentación de la consulta de maternidad en nuestra comunidad o área de salud con el fin de facilitar cuidados, informar o resolver dudas pertinentes.

En el año 2020 están previstas 4 charlas en ambos institutos para continuar con la educación sexual de los adolescentes de Calatayud.

La valoración final de Orientadores, alumnos y nuestro equipo es que se precisa más información y a edad más temprana. Por ello, nos planteamos para el próximo curso la intervención en los cursos de la 3º y 4º de la E.S.O. Para ir adecuando los contenidos de forma más progresiva dando especial hincapié en las enfermedades de transmisión sexual.

7. OBSERVACIONES.

En este proyecto participan los orientadores de ambos institutos para seleccionar al alumnado.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1229 ===== ***

Nº de registro: 1229

Título
HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

Autores:
PEREZ BENAVIDES JULIO CESAR, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CHARLEZ MILLAN MARIA CARMEN, LUCINDO LAZARO ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras conversaciones mantenidas con profesorado y padres de los alumnos de los institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chavacier de Calatayud, se han detectado deficiencias en materia de conducta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y la existencia de embarazos no deseados.
Por todo ello, consideramos adecuado impartir charlas y talleres en los Institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chavacier en Calatayud. De esta forma, consideramos, que una información adecuada al momento, correcta en sus contenidos, directa y objetiva puede ayudar a que estén mejor instruidos en sexualidad y consecuentemente mejor protegidos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aportar un enfoque científico y centrado en la salud integral del individuo de las relaciones sexuales.
-Incluir y/o atender a todos los tipos de orientación sexual posibles, evitando así situaciones de riesgo, abuso o exclusión social.
-Impulsar una educación sexual abierta, adaptada respetuosa con las ideas y opiniones de los adolescentes.
-Promover, a su vez, el conocimiento teórico transmitiendo información fiable, contrastada y con base científica acerca de la prevención y disminución de riesgos de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
-Informar sobre los recursos socio-sanitarios disponibles para la población diana así como los procedimientos necesarios para acceder a ellos.
-Resolver dudas planteadas aclarando falsos mitos sobre la sexualidad.

MÉTODO
.Dos charlas o talleres sobre sexualidad en los institutos pertenecientes a nuestra zona de salud.
.Creación de un grupo de trabajo formado por: matron, médico A.P. Y enfermeras de A.P.
.Documentación y conocimientos del tema del proyecto.
.Puesta en común con el profesorado docente de ambos IES.
.Realización de test anterior a la charla para explorar los conocimientos sobre educación sexual y detectar deficiencias para ser aclaradas durante la charla.
.Cumplimentación individualizada del test antes y después de la charla.
.Recogida de datos y análisis de resultados a fin de valorar la intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1229

1. TÍTULO

HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

.Planificación de la intervención.
.Elaboración de encuesta de satisfacción a todos los asistentes (alumnos y profesorado).

INDICADORES

Indicador N° 1: Adolescentes participantes en las sesiones

Definición: % de adolescentes que participan en las charlas y talleres.

Fórmula: Número de adolescentes de = 15 años, alumnos del centro, que han participado en las sesiones / Número total de alumnos de = 15 años.

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 50%

Fuente de datos: Alumnos asistentes

Indicador N° 2: Conocimientos adquiridos por los adolescentes en las sesiones.

Definición: % de alumnos que han aumentado su nivel de conocimientos.

Fórmula: Número de adolescentes de = 15 años, alumnos del centro, que han aumentado su nivel de conocimientos en las sesiones / Número total de alumnos de = 15 años.

Valor a alcanzar: 70%

Límite inferior: 50%

Fuente de datos: Alumnos asistentes, test de evaluación

Indicador N° 3: Grado de satisfacción global de la intervención

Definición: % de alumnos y profesores que han valorado positiva la actividad.

Fórmula: Número de alumnos y profesorado que han valorado como satisfactoria la charla o taller/ Número total de asistentes que han contestado la encuesta de satisfacción.

Valor a alcanzar: 70%

Límite inferior: 50%

Fuente de datos: Alumnos y profesores asistentes, encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

- Creación de un grupo de trabajo implantado en Abril/2019.

- Reunión con la dirección docentes de los IES de Calatayud en Mayo/2019.

- Realización de dos charlas o talleres en los IES de Calatayud que se determinará en Septiembre/2019 según calendario escolar y de mutuo acuerdo con las direcciones de los Centros:

IES Emilio Jimeno.

IES Leonardo de Chavacier.

- Realización de test evaluativos en Septiembre/2019.

- Elaboración de encuesta de satisfacción en Septiembre/2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1308

1. TÍTULO

IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS DIGON SANMARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR
GISTAS QUILLEZ MARIA PILAR
MOROS SANZ ESTHER
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL
ARANAZ VILLARTE MIGUEL
BARANDA JEREZ MANUELA
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 se presentó el proyecto y se han ido realizado las diversas sesiones mismo. En Octubre del pasado año se remitieron datos provisionales en los cuales ya se apreciaba una tendencia global a la baja en la prescripción de antibioterapia.

Cronológicamente se han realizados las siguientes actividades:

Mayo 2019: Presentación del Proyecto IRASPROA, a cargo de la coordinadora del EAP, Pilar Echevarría Montoto y de la coordinadora de enfermería, M^a Ascensión Alonso Benedí.

En sesión aparte, presentó la sesión de IRASPROA pediatría, correspondiente a Infecciones Respiratorias en la infancia.

El 28 Agosto 2019 se imparte la sesión correspondiente a Infecciones Respiratorias del Adulto, a cargo de Pilar Echevarría Montoto, coordinadora del EAP.

Entre Octubre y Diciembre de 2019 se programaron las sesiones restantes.

Para la realización de las sesiones se ha utilizado el estupendo material audiovisual proporcionado por el Programa IRASPROA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

e ha logrado una gran implicación de los miembros del EAP en el proyecto como demuestra la amplia asistencia de los profesionales a las diferentes sesiones, tal como reflejan las Actas de Asistencia. También es destacable la cohesión lograda en el EAP enfocando juntos, medicina y enfermería, el manejo de las infecciones mas habituales en Atención Primaria de Salud.

Se ha intentado y en gran parte conseguido unificar criterios de tratamiento de las infecciones en AP, para que, independientemente del profesional que realice la atención al paciente, haya un criterio unánime basado en el conocimiento científico

Cualitativamente se ha conseguido una reducción significativa, aunque susceptible de mejora (e del empleo de antibioterapia. Cuantitativamente el indicador solicitado: DHD por mil habitantes para todo el grupo de antibacterianos sistémicos es para adultos en 2019 reducción de 25,5 a 23 y en pediatría reducción de 7,1 a 6,4. Esta es menos patente en pediatría pues ya se partía de unos muy buenos datos de inicio, en parte debido a la utilización ya desde hace algún tiempo de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones ORL. motivo muy frecuente de consulta en esta Especialidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto la asistencia a las sesiones como los resultados finales obtenidos demuestran la utilidad de estas actividades formativas. En concreto, se ha incidido en el manejo de la incertidumbre que acompaña al proceso de la enfermedad, afianzando con los conocimientos adquiridos, una mayor seguridad en la toma de decisiones terapéuticas como es el caso paradigmático de las infecciones faringoamigdalares en pediatría, donde la utilización del test antigénico de diagnóstico rápido estreptocócico, realizado habitualmente por Enfermería, ha evitado el empleo de antibioterapia extemporánea y ha conseguido gran aceptación y valoración positiva por parte de los progenitores. También vemos importante lograr esta implicación de los pacientes planteando, en el campo de las enfermedades infecciosas, actividades de información y educación para ofertar a las personas que deseen estar sanas, para que sepan cómo alcanzar la salud, haciendo lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten. "OMS, 1983, Educación para la Salud" .

Consideramos la pertinencia de realizar con la periodicidad que establezcamos en el EAP nuevas sesiones recordatorio para mantener e incrementar los conocimientos adquiridos.

7. OBSERVACIONES.

Como ya se comentó en la memoria de seguimiento, ha habido repercusiones derivadas de los traslados y toma de posesión tras OPE pero a pesar de ello se ha dado continuidad al proyecto.

No queríamos olvidar nuestro agradecimiento a la Farmacéutica de AP del Sector Calatayud. Ariadna de Lucas Barquero y a la Técnico de Salud del Sector Calatayud, WAFA BEN CHEIKH EL AAYUNI por su inestimable ayuda y colaboración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1308

1. TÍTULO

IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1308 ===== ***

Nº de registro: 1308

Título
IRASPROA, APLICACION EN E.A.P. CALATAYUD SUR

Autores:
DIGON SANMARTIN LUIS, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, MOROS SANZ ESTHER, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, DOMINGUEZ LOZANO ISABEL, ARANAZ VILLARTE MIGUEL, BARANDA JEREZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La antibioterapia supuso un antes y un después en el tratamiento de las enfermedades infecciosas desde el descubrimiento del primer antibiótico, la penicilina, por Fleming en 1928. Su contribución al control de la morbilidad por causas transmisibles es inestimable, pero su uso inadecuado ha hecho que aparezcan resistencias microbianas a los mismos, a pesar de las numerosas campañas de educación sanitaria sobre el empleo correcto de AB, dirigidas, tanto a la población como a los propios profesionales sanitarios. La DGA, a través del Servicio Aragonés de la Salud ha puesto en marcha una ambiciosa iniciativa que pretende involucrar a los actores implicados en la prescripción y consumo de AB, a efectos de lograr la utilización de estos fármacos de modo proporcionado, eficaz y eficiente. Se trata del Programa IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) que está en concordancia con el Plan Nacional de Resistencia de Antibióticos (PRAN). IRASPROA analizará los distintos indicadores de prescripción de los AB más utilizados en Atención Primaria en nuestra Zona Básica de Salud para confrontarlos con los obtenidos en nuestro Sector de Calatayud, así como con los de la comunidad Autónoma. El EAP considera una oportunidad de mejora la priorización de la prescripción de antibióticos de espectro reducido, siguiendo las recomendaciones de la Guía Terapéutica Autonómica, que son aquellos que actúan sobre un grupo determinado de microorganismos, y reducir por tanto el empleo de AB de amplio espectro que quedarían circunscritos a enfermedades graves, evitando así la aparición de resistencias. Es labor prioritaria conseguir sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas, transmitiendo el hecho de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad se ha de preservar y conocer el consumo y tipo de AB prescritos por el MAP. También se debe actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el DHD para todo el grupo de Antibacterianos sistémicos (J01) en adultos (A) y en edad pediátrica (B) (indicador principal)

MÉTODO
1.- Designar una persona clave o referente PROA en el EAP
2.- Presentación al equipo del proyecto IRASPROA
3.- Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA -AP DE IRASPROA.
4.- Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y su tratamiento de antibiótico.
5.- Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
DHD por 1000 habitantes para todo el grupo de Antibacterianos sistémicos (J01) en adultos (A) y en edad pediátrica (B)
Estandar 2019: < que el año anterior en ambos grupos de edad. (A:<18.7 DHD y B: <12 DHD)

DURACIÓN
Cronograma:
Marzo: - Presentación a los miembros del EAP del proyecto PROA-AP
- Realización de una sesión/cuatrimestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1308

1. TÍTULO

IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR

analizar los resultados del indicador
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA
(fecha a concretar según se desarrollan las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA
CUADRADO GONZALEZ AINOA
IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR
BES GIMENEZ ANA VICTORIA
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA

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

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

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

7. OBSERVACIONES.
Por cursos podemos concluir lo siguiente:
- En 1º de la ESO, han sido un éxito las dos charlas impartidas.
- En 2º de la ESO, se mantiene el interés en Drogodependencias pero baja en Alimentación
- En 3º ESO, baja mucho el interés, sobre todo en Drogodependencias.
- En 4º de la ESO, baja el interés en las tres Charlas.
Creemos que hay un proceso de habituación y desensibilización a medida que subimos de curso.
LOS PROFESORES PIENSAN QUE SE DEBERIAN REALIZAR AÑO SI Y AÑO NO, INTERCALANDO OTROS TEMAS, QUE SE DEBEN ESTUDIAR CONJUNTAMENTE.

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

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

Nº de registro: 0821

Título
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

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

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 14/02/2019

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

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

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

Se realizará un test pre y post charla y taller de 10 preguntas.
El objetivo es lograr que en el test post charla haya un aumento en las respuestas correctas de un 75% con respecto al test pre charla.
Se pasará una encuesta de satisfaccion a los alumnos y al profesorado con la intención de lograr unos resultados de satisfacción del 80%

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena aceptación de charlas y talleres por parte del profesorado y alumnos, considerando actividades prácticas y útiles; constatándose mejoría acerca de conocimientos en las diferentes encuestas realizadas siendo el taller de primeros auxilios uno de los más prácticos y útil como método inicial de acercamiento a la atención inicial ante una emergencia/urgencia.
Vista su buena aceptación, eficiencia y práctica durante los años que se ha realizado se deja como finalizado e incluido en la cartera de servicios como una actividad comunitaria a realizar a todos los cursos escolares.
El año próximo se introducirá como nuevo taller las adicciones y dependencia a las nuevas tecnologías.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0821

Título
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN
Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REVISIONES CUATRIMESTRALES:

ABRIL: 34%

AGOSTO: 36%

DICIEMBRE: 59%

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

SE INSISTE EN CONTROL DE ESTAS SITUACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1151

Título

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

Autores:

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Anual 2017 y evaluación cuatrimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LISTADOS DE PACIENTES EPOC

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

REVISION SI TENIAN REGISTRADOS SINTOMAS RESPIRATORIOS ULTIMO AÑO

EN CASO NEGATIVO REALIZAR EXPLORACION DE PACIENTE Y REGISTRO

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ABRIL 2017 15%

AGOSTO 2017 16%

DICIEMBRE 2017: 54%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

SE VALORARA INCLUIRLO PARA EL AÑO PROXIMO

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

Nº de registro: 1152

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: EPOC

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

1. TÍTULO

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

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Listado de pacientes EPOC de OMI

Revisión de las historias clínicas de los pacientes EPOC cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina.

Control de síntomas de los pacientes EPOC a todos aquellos pacientes que no los tengan registrados

INDICADORES

Fuentes de datos: Registro OMI

Valor alcanzar: 90%

Valor inferior: 75%

Valor superior: 100%

Periodo de evaluación: cuatrimestral

DURACIÓN

Año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1153

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

Mínimo: 75%
Máximo: 100%
Control cuatrimestral

DURACIÓN

AÑO NATURAL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
BES FRANCO ANGEL
BARRENA MARINA EMILIA
PEREZ ABADIA ANA MARIA
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
CUADRADO GONZALEZ AINOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.
3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovascular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).
4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria

Evaluación trimestral
Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 18 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primer trimestre 74%
Segundo trimestre 72%
Tercer trimestre 75%
Cuarto trimestre 79%
Resultado final 79%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no se ha alcanzado el 85% de objetivo marcado inicialmente, hemos alcanzado un 79% que se considera aceptable debido a que hemos objetivado que hay dificultad de captación a determinados grupos de paciente (18-30 años fundamentalmente) con lo que se pierden varios pacientes del numerador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/537 ===== ***

Nº de registro: 0537

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Autores:
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, BES FRANCO ANGEL, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, BARRENA MARINA EMILIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, SIMON APARICIO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca. (1)

Es necesario datos básicos de edad, peso, sexo e información sobre hábitos de vida para descubrir si la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular es baja, media o alta. Una vez detectado el riesgo, se pueden poner en marcha planes y actividades preventivas para mejorar el estado de salud del paciente y disminuir la probabilidad de sufrir una patología. (1)

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el último año el 30% de las muertes registradas en el mundo fue por enfermedad cardiovascular, de los cuales sobre el 40% se debieron a cardiopatía coronaria y el 35% a los accidentes vasculares cerebrales. (2)

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo. Para las personas que presentan un alto riesgo es fundamental la detección precoz y el tratamiento temprano. (1)

Existen varias escalas que se pueden utilizar para el cálculo del riesgo cardiovascular (SCORE, REGICOR, FRAMINGHAM). (2)

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

1. Detectar de forma precoz los pacientes que presenten riesgo cardiovascular para poder adoptar actitudes preventivas dirigidas a estos pacientes
2. Disminuir el riesgo cardiovascular a través de actividades preventivas
3. Que se reduzca el porcentaje de patología cardiovascular en la población de nuestro área de salud

Resultados:

1. Alcanzar un porcentaje de realización de la valoración del riesgo cardiovascular durante el año 2018 del 85%
Población diana: Personas mayores de 18 años que acudan a consulta de forma programada o a demanda, sin patología cardiovascular previa.

Intervenciones:

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de pacientes mayores de 18 años (programada/demanda), excluyendo los inmovilizados y los que presenten patología cardiovascular previa, para revisar los parámetros necesarios para el cálculo de riesgo cardiovascular (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, Hipertrofia ventricular izquierda, fumador, HDL, PAD) y en caso de que se detecte que falta algún parámetro realizarlo para poder ejecutar el cálculo.

2. Generar Flash en OMI de los pacientes que se detecte un riesgo cardiovascular moderado-alto para poder aplicar las medidas preventivas necesarias.

3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:

- a. Población en quienes consta el DGP 'RCV%'

- b. Población sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina, infarto, miocárdica crónica o artropatía periférica, ACV o AIT. Episodio abierto tabaco, diabetes, HTA no complicada, HTA complicada o hipercolesterolemia con algún registro.

Se excluye del cálculo de los DGP aquellos pacientes que presenten un proceso cardiovascular declarado en quienes no tiene sentido realizarlo.

MÉTODO

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.

2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.

3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovascular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).

4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

INDICADORES

Fuente de datos:

1. OMI
2. Resultados mensuales recibidos que se envíen desde Dirección de Atención Primaria.

Indicadores y estándar:

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria

Evaluación trimestral

Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en

pacientes mayores de 18 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2018

Fecha finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

(1) Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica, revisores expertos para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10) :894-899
(2) Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guia de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008. Organización Mundial de la salud.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE OLGA APARICIO SORIANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BES GIMENEZ ANA VICTORIA
SIMON APARICIO MARIA PAZ
MARTI GUILLEN LOURDES
ALDA CAMPOS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedocado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedocación en el paciente anciano.
3. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
4. Optimización del tratamiento.
5. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envían desde Dirección de Atención Primaria. Evaluación semestral. Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedocados en el 2018. Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primer semestre: 13%
Segundo semestre: 19%
Las revisiones de medicina derivados desde enfermería no se ha podido evaluar porque no se han podido obtener datos desde OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado el escaso/nulo cumplimiento del objetivo se decide continuar un año más en la realización de dicho proyecto debido a la importancia que se considera para el control que es preciso del paciente polimedocado mayores de 75 años. Este año se va a continuar realizando más sesiones formativas y correctivas de forma TRIMESTRAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/578 ===== ***

Nº de registro: 0578

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Autores:
APARICIO SORIANO OLGA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, SIMON APARICIO MARIA PAZ, MARTI GUILLEN LOURDES, ALDA CAMPOS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: polimedocado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existen estudios que valoren los actos médicos que conllevan a una iatrogenia importante, principalmente la utilización de fármacos sin control. Los ancianos representan el 70% del gasto farmacéutico. Los estudios muestran un exceso de consumo de fármacos con una media de 4,5-8 fármacos por persona y día (1).

El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad, además de una mala prescripción en la mayoría de los casos. Cada fármaco se puede prescribir por diferentes médicos que condicionan la iatrogenia (1). Existe un principio fundamental en la práctica de la medicina, "primun non nocere", por el cual no debemos administrar fármacos si no tenemos claro para que lo vamos a utilizar y durante cuanto tiempo lo vamos a mantener.

La mayoría de fármacos presentan efectos adversos, suponiendo un 7% de los ingresos hospitalarios según un metaanálisis realizado por Alonso et al donde analizaban 22 estudios de diversos países que evaluaban los ingresos por efectos adversos de fármacos (EAF). Estos ingresos eran más frecuentes en pacientes >64 años con tasas de ingresos entre el 7,2-16,8%, pudiendo concluir de que los EAF son una causa importante de ingreso (2). En nuestra ZBS presenta prescripción activa 1824 pacientes, de los que 21,48% son >75 años.

Una vez conocidos los resultados del 2017 de este servicio hemos detectado unos % de realización por debajo de los mínimos requeridos, y considerando su importancia en la salud del anciano nos proponemos alcanzar unos índices adecuados de ejecución.

El CS Daroca atiende a 3800 personas, de las que 1400 son >65 años (18,5%)

Tras evaluar con el cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión los datos de "% polimedificados por Enfermería", el % de revisión de ancianos polimedificados >75 años a los que se les ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería a fecha del 31/12/2018, dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación, en nuestra área de salud ha sido de 5,67%. Factor que debería corregirse.

Estas son las razones por las que desde la ZBS Daroca se considera que es necesario implementar un proyecto que intente mejorar la revisión de los pacientes polimedificados por parte de enfermería, mejorando el registro en OMI, reduciendo los fármacos prescritos por paciente y, por lo tanto, reduciendo los efectos adversos a fármacos y detectando los fármacos que sean potencialmente peligrosos para este grupo de edad.

Mediante este proyecto se pretende mejorar y alcanzar los indicadores relativos al paciente polimedicado de la ZBS de Daroca y reducir, por tanto, la iatrogenia.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

1. Prevenir los riesgos asociados en el empleo de fármacos en el paciente >75 años
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación y comunicación entre enfermería y medicina.

Resultados:

1. Alcanzar un % de revisión de pacientes polimedificados >75 años por parte de enfermería del 85% en el año 2018.
2. Alcanzar un % de revisión por parte de medicina de los pacientes derivados por enfermería de un 90%.

Población diana: >75 años que tengan prescripción activa de más de 5 fármacos en ZBS Daroca.

Intervenciones:

1. Revisión por parte de enfermería de todas las historias OMI de pacientes >75 años (programada/demanda) para revisar las prescripciones activas y derivar al médico en caso de se detecten prescripciones inadecuadas para adaptar la medicación en aquellos pacientes que sea posible.
2. Generar Flash en OMI para comunicar a los médicos los pacientes >75 años que precisan revisión de la medicación.
3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:
 - a. Adherencia: DGP "CTMORSKY"
 - b. Adecuación: DGP "AD_TERA" (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia).

MÉTODO

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedicado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedicación en el paciente anciano.
3. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
4. Optimización del tratamiento.
5. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

INDICADORES

Fuente de datos:

1. OMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

2. e-receta

Indicadores y estándar:

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde DAP Calatayud

Evaluación semestral

Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedificados en el 2018

Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2018

Fecha finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

(1) Blasco Patiño F, Martínez Lopez de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedificado: efectos sobre su salud y el sistema sanitario. Información terapéutica del sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España. Vol 29, 2005.

(2) Alonso P, Otero MJ, Fernández M. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. Farmacia Hosp 2002; 26:77-89.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1072

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUADRADO GONZALEZ AINOA
BES GIMENEZ ANA V
PEREZ ABADIA ANA
HERNAN PEREZ CHELO
GARCIA SOLA JOSE LUIS
SIMON APARICIO MARIA PAZ
BOSCA ALBERT BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una tabla excel con las variables de los criterios centor (edad, fiebre superior a 38°, hipertrofia o exudado, adenopatía laterocervical dolorosa y ausencia de tos), el resultado obtenido de la realización del StrepA test y el antibiótico prescrito y dosis.

Se ha realizado una valoración de dicha tabla para comprobar si realmente se están haciendo los StrepAtest en aquellos pacientes que presenten 2-3 criterios con clínica compatible y, en caso de que no se realice de forma adecuada, poder reconducir la realización de los mismos y evitar un uso innecesario, con el gasto que esto conlleva.

Además, se ha valorado el antibiótico prescrito y se ha comparado con los registros previos de StrepAtest de los que se dispone en el centro de 2017 y 2018 previo a la implantación de este proyecto para valorar si está resultando útil.

Se realizó una sesión clínica (04 de Marzo de 2019 por Jose Manuel Castaño Prieto) entre los integrantes del proyecto en el primer trimestre para presentación del proyecto, analizar datos previos de forma descriptiva y otra sesión (02 Septiembre 2019 por Jose Manuel Castaño y Ainoa Cuadrado) de control para reorientar la cumplimentación del registro de datos en OMI, haciendo hincapié en registrar la realización del StrepA test en orden clínica ? Procedimiento diagnóstico ? test rápido ? Test estreptococo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2017 hay registrados 20 pacientes (40% hombres y 60% mujeres; 8 adultos y 12 pacientes de edad pediátrica). De dichos pacientes, 70% habían presentado fiebre superior a 38°, 100% hipertrofia o exudado amigdalár, 60% adenopatía laterocervical dolorosa y el 65% no presentaban tos. De entre todos los pacientes, se realizó el strepAtest con criterios centor superiores a 2-3 (20 pacientes, 100% de los registrados ya que únicamente se registra cuando se realiza el StrepAtest). El resultado del test fue positivo en el 40% (8/20) de los casos, prescribiéndose antibiótico en todos los casos positivos y, únicamente en 2 casos (10%) con StrepA test negativo, que también se prescribió antibiótico (Amoxicilina).

De los antibióticos prescritos, 4 fueron Amoxicilina (2 de ellos con StrepA test negativo), 1 Augmentine, 1 penilevel y 4 ceclor.

En 2018 hay registrados 19 pacientes (42,1% hombres y 27,9% mujeres; 10 adultos y 9 pacientes de edad pediátrica). De dichos pacientes, 57,9% habían presentado fiebre superior a 38°, 52,6% hipertrofia o exudado amigdalár, 57,9% adenopatía laterocervical dolorosa y el 84,2% no presentaban tos. De entre todos los pacientes, se realizó el strepAtest incluso con criterios centor inferiores a 2-3, probablemente por abuso de la utilización del StrepAtest ya que no se había puesto en marcha dicho proyecto, así pues se emplearon StrepAtest cuando no procedía. El resultado del test fue positivo en el 15,8% de los casos (3 pacientes), prescribiéndose antibiótico en todos los casos positivos únicamente.

De los antibióticos prescritos, 2 fueron Amoxicilina y 1 ceclor.

Ya en 2019 (MEMORIA DE SEGUIMIENTO DE OCTUBRE DE 2019), tras la implantación de dicho proyecto de Mejora de la Calidad; hay registrados 105 pacientes (50,5% hombres y 49,5% mujeres; 45 adultos y 60 pacientes de edad pediátrica). De dichos pacientes, 75,2% habían presentado fiebre superior a 38°, 81,9% hipertrofia o exudado amigdalár, 66,7% adenopatía laterocervical dolorosa y el 67,6% no presentaban tos. De entre todos los pacientes, se realizó el strepAtest a aquellos pacientes que presentaban criterios centor superiores a 3 y clínica compatible, de acuerdo con la sesión impartida explicando cuándo se debe utilizar dicho test para hacerlo de forma rigurosa. No se consideran cambios de criterio ya que hasta entonces no se había aplicado el proyecto y por lo tanto, no se había puesto en marcha los criterios unificados. Hasta ahora el análisis había sido descriptivo de la situación y al reconocer los errores se vio necesario implementar dicho proyecto para utilizar el StrepAtest cuando procede. El resultado del test fue positivo en el 31,42% de los casos (33 pacientes), prescribiéndose antibiótico en todos los casos positivos y a 2 de ellos a pesar del resultado negativo.

De los antibióticos prescritos, 29 fueron Amoxicilina (82,8%), 1 Augmentine, 1 Penilevel, 3 ceclor y en 1 de los casos se prescribió Azitromicina.

Si tenemos en cuenta que tanto amoxicilina como penicilina son los de primera elección en caso de FAA, podemos ver que se ha tomado como tal en el 85,7% de los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1072

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Al finalizar el proyecto, con la fecha actual, los resultados desde Octubre hasta ahora son:
Desde Octubre de 2019 hasta final de año 2019 se realiza StrepA test a 25 pacientes (52% mujeres y 48% hombres; 10 en edad adulta y 15 en edad pediátrica). De dichos pacientes, 23 (92%) habían presentado hipertrofia o exudado amigdalár, 19 (76%) fiebre superior a 38°, 14 (56%) habían presentado adenopatía laterocervical dolorosa y 12 (48%) no presentaban tos. Se realizó StrepA test a aquellos con criterios centor superiores a 3 y clínica compatible, de acuerdo con la sesión impartida. El resultado fue positivo en 4 pacientes (16%), prescribiéndose antibiótico únicamente en los casos positivos. el 100% de los antibióticos prescritos fue Amoxicilina.

Se puede presentar por lo tanto de forma conjunta los resultados de 2019 siendo:
Analizamos en 2019 a 130 pacientes (55 en edad adulta y 75 en edad pediátrica, 49.25% hombres, 50.75% mujeres). Resultado de StrepA test positivo en 47% y prescripción de antibiótico de primera elección en el 89% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha aumentado el uso de StrepA test en más de un 80% y se ha realizado cuando estaba indicado (en criterios centor entre 2-3, y alguna ocasión 4).
Esto ha permitido una optimización del uso de antibióticos, prescribiendo únicamente cuando ha sido necesario (a excepciones puntuales que se sigue trabajando en ello para minimizar prescripción con StrepA test negativo).
El antibiótico elegido en el 89% de los casos ha sido de primera línea (Amoxicilina y Penicilina).
Es difícil saber, a través de OMI, cuantos pacientes han sido diagnosticados de FAA en el año actual para poder comprobar si se han realizado StrepA test a todos aquellos a los que se le asocia dicho diagnóstico. La tabla realizada por parte del personal del CS está a disposición de aquellos que quieran comprobar los resultados.

7. OBSERVACIONES.

Se debe aumentar el registro de los test de diagnóstico rápido en la función de OMI, órdenes médicas
Debemos continuar trabajando en esta línea optimizando el uso de antibióticos y eligiendo los de primera línea en beneficio del paciente
No debemos olvidar que el StrepA test es un recurso del que disponemos en caso de criterios centor entre 2-3 para resolver duda diagnóstica y poder optimizar así el tratamiento antibiótico, no debemos realizar StrepA test en aquellos pacientes con Centor inferiores a 1 ni Centor superiores a 4, ya que en los primeros el antibiótico no está indicado y en los últimos, los criterios de por sí son una herramienta suficiente para prescribir antibiótico, siempre de primera línea (Excepto en alérgicos).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1072 ===== ***

Nº de registro: 1072

Título
PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Autores:
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, CUADRADO GONZALEZ AINOVA, BES GIMENEZ ANA V, GARCIA SOLA JUAN LUIS, APARICIO SORIANO OLGA, PEREZ ABADIA ANA, HERNAN PEREZ CHELO, BOSCA ALBERT BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis agudas (FA) es una de las enfermedades infecciosas más comunes de consulta en cualquier grupo de edad. La etiología más frecuente es vírica, sin embargo es una de las razones más frecuentes de prescripción antibiótica, muchas veces de amplio espectro, en España. El uso de antibiótico no indicado supone un aumento de las resistencias y del gasto sanitario, además del perjuicio del paciente. En caso de la etiología de las FA bacterianas, la más frecuente es la producida por *Streptococcus pyogenes* o *estreptococo*-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1072

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

hemolítico del grupo A (EBHGA).

El cultivo faringeo es la prueba de referencia para conocer la etiología de la infección, pero el tiempo que se tarda en obtener resultados es su principal desventaja. Es por ello que existen pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (StrepA test) proporcionándonos el resultado en el momento de la consulta con una especificidad asociada mayor al 95%. Las escalas de valoración clínica para predecir etiología bacteriana son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes realizar el StrepA test (Escala de McIsaac modificada por Centor). No se ha descrito ningún caso de EBHGA resistente a penicilinas por lo que la Penicilina y la Amoxicilina son el tratamiento de elección. En aquellos pacientes con alergia se debe usar cefadroxilo. En nuestro centro no se emplea de forma rutinaria la utilización de StrepA test en pacientes con clínica sugestiva de FA con la consiguiente prescripción antibiótica que, en la mayoría de los casos, no está indicada.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

1. Reforzar el uso de StrepA test para orientar el diagnóstico de FA hacia virica o bacteriana y proporcionar el tratamiento indicado
 2. Realizar StrepA test en relación con las escalas de valoración clínica de predicción de etiología bacteriana (McIsaac modificada por Centor) cuando esté indicado (Centor 2-3)
 3. Analizar la terapia antibiótica administrada para comprobar si se utilizan los antibióticos de elección y reducir el uso de antibióticos en aquellos pacientes que no esté indicado.
- Población diana: Usuarios del CS de Daroca que acudan a consulta con clínica de odinofagia de menos de 1 semana de evolución con o sin fiebre con exploración compatible (inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas)

MÉTODO

1. Registro en una tabla de excel las siguientes variables: los criterios centor; la realización del StrepA test (en pacientes que solo presenten 2-3 criterios con clínica compatible) y su resultado; el antibiótico prescrito y dosis.
2. Se analizarán los resultados obtenidos del registro de pacientes en el primer trimestre y se hará una sesión de control de resultados para reorientación si es preciso de cumplimiento de datos (Registro en OMI orden clínica ? Procedimiento diagnostico ? Test rapido ? Test estreptococo).
3. Al final del semestre se analizará también los antibióticos administrados y se orientará acerca de antibioterapia indicada y dosis adecuada si precisa.

INDICADORES

Indicador N°1: Utilización de StrepA

Definición: porcentaje de pacientes que se les ha realizado un StrepA test y que cumplen 2-3 criterios Centor

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes con 2-3 criterios Centor una determinación de StrepA test

Denominador: N° total de pacientes con 2-3 criterios Centor .

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Fuente de datos: tabla de recogida de datos

Indicador N°2: Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica.

Definición: Porcentaje de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis estreptocócica aguda que tienen prescrito antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis estreptocócica aguda que tienen prescrito antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo

Denominador: Número de pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica aguda y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo.

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Fuente de datos: tabla de recogida de datos

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01 enero 2019

Fecha finalización: 31/12/2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1092

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON APARICIO MARIA PAZ
BARRENA MARINA EMILIA
GARCIA SOLA JUAN LUIS
ALDA CAMPOS BLANCA
APARICIO SORIANO OLGA
MARTI GUILLEN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión (11 Marzo 2019 por Juan Carlos Rihuete) entre los componentes del proyecto en el primer trimestre y otra (14 Octubre 2019 por Juan Carlos Rihuete y Mari Paz Simón) de control al semestre para valorar los resultados del proyecto. Se acordó con los componentes del proyecto de EPOC el comunicar los resultados de las espirometrías patológicas para incluirlos en el plan de cuidados.

Se ha realizado una charla informativa en el instituto/colegio de daroca (10 de Abril 2019 por Jose Manuel Castaño) dentro del proyecto de educación sanitaria, para advertir sobre los efectos del tabaco y se realizó un cartel informativo y publicitación del mismo el día mundial sin tabaco (31/05/2019); exponiendo el cartel por el centro de salud.

A los pacientes que han ido acudiendo a consulta (demanda/programada) se les ha ido actualizando la información acerca de hábitos tóxicos (tabaquismo SI/NO) y a aquellos que eran fumadores se les ha sometido a realización de espirometria (para tener o un primer registro o al menos 1 espirometría anual) y se les realizó intervención breve.

El espirómetro ha estado durante más de dos meses fuera de servicio, cosa que ha hecho que se retrase la realización de las mismas y el enlentecimiento del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se les ha preguntado a un 60% los pacientes mayores de 15 años si fuman o no fuman.

A aquellos pacientes que se les ha detectado como fumadores se les ha realizado, al menos una intervención breve en el 66% de los mismos. Debemos continuar en la línea y motivar para conseguir que dejen de fumar ya que el objetivo que nos habíamos planteado era del 75%. A pesar de no haber alcanzado el objetivo, hemos mejorado respecto años previos, por lo que debemos continuar en la misma línea de trabajo.

En cuanto a la espirometría, se les ha realizado al 45% de los pacientes registrados como fumadores y en función del resultado obtenido en la espirometría se ha comentado con el proyecto de detección del EPOC para que los incluyan en los planes de cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos continuar interrogando a los pacientes acerca de sus hábitos tóxicos y realizarles espirometría a aquellos que no tengan aún ningún registro.

7. OBSERVACIONES.

El espirómetro estuvo fuera de servicio durante dos meses, cosa que ha retrasado la labor asistencial en este aspecto. En el último trimestre del año aprovechando la campañas de vacunación se ha retomado en la medida de lo posible la realización de espirometrías y el seguimiento de aquellos pacientes EPOC, ya que dada la tendencia estacional de la patología se han producido las primeras exacerbaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1092 ===== ***

Nº de registro: 1092

Título
ESTRATEGIA DE DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Autores:
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, CUADRADO GONZALEZ AINOVA, BARRENA MARINA EMILIA, MORENO ROMERO ASUNCION, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, MARTI GUILLEN LOURDES, PARDILLOS MARIN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1092

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRÍA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Aragón, según los datos publicados desde 2010 a 2017 la venta de cajetillas de tabaco ha disminuido en un 36,2%, también para el tabaco de liar aunque el descenso se produjo más tardíamente pero aún así y, a pesar de las múltiples estrategias realizadas para conseguir la abstinencia tabáquica, el número de fumadores es aún muy elevado con las consecuencias que esto conlleva. Es por ello, que desde los centros de salud se puede incidir en la prevención y ayudas para dejar de fumar mediante una intervención breve (entendiéndose como intervención breve los criterios que marca el OMI-AP de abordaje oportunista mediante la entrevista profesional/paciente centrada en el uso de tabaco y cuya duración no exceda los 10 minutos, no supere las 3 visitas anuales y la duración total anual no sobrepase los 30 minutos [deberá tener cumplimentado el test de Richmond]) y crear carteles promotores e informativos de los efectos del tabaco para concienciar a la población. Además, en aquellos pacientes fumadores, se debe realizar una espirometría para detectar de forma precoz patologías respiratorias derivadas por el consumo de tabaco; ya que una detección precoz mejora el pronóstico en la mayoría de casos.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:
1. Mejorar el registro en OMI de detección del hábito tabáquico entre los usuarios del CS (Pacientes = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (DGP "TABACO") en los últimos 2 años)
2. Realización de una intervención breve en fumadores para reducir el consumo de tabaco y establecer hábitos saludables, la cual se activa en pacientes = 15 años registrados como fumadores ("FUMADOR=SI") al menos un año antes del periodo de evaluación, sobre los que se ha hecho algún tipo de intervención relacionada con el tabaquismo.
3. Tener todos los fumadores una espirometría y, en caso negativo, realizar una espirometría
4. Realización de cartel informativo dando a conocer los efectos perjudiciales del tabaco y proporcionar recursos para dejar de fumar
Resultados:
1. Alcanzar un porcentaje de registro de hábito tabáquico (SI/NO) en un 75% de los usuarios del CS.
2. Realización de intervención breve en el 70% de pacientes registrados como fumadores
3. Realización de espirometría en el 70% de pacientes registrados como fumadores
4. Promoción de hábitos saludables y de abstinencia tabáquica mediante la publicitación de cartel informativo en los diferentes consultorios médicos asociados al CS de e Institutos.
Población diana: Usuarios del CS de = 15 años

MÉTODO

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de usuarios del CS (programada/demanda) del registro de hábito tabáquico para realizar intervención breve y comprobar si tienen realizada al menos una espirometría.
2. Captación de nuevos usuarios al registro de hábitos tóxicos (Tabaco SI o NO) en visitas programadas/demanda
3. Realización de espirometría a todos aquellos usuarios del CS fumadores que no se hayan realizado nunca una.
4. Realización de cartel informativo dando a conocer los efectos perjudiciales del tabaco y promocionando recursos para ayudar a dejar de fumar
5. Información individual en consulta sobre los efectos nocivos del tabaco y la promoción de los hábitos saludables

INDICADORES

Indicador N°1: % registro de hábitos tóxicos
Definición: Porcentaje de pacientes mayores de 15 años a los que se les ha interrogado y registrado sus hábitos tóxicos trimestral
Fórmula:
Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años del CS Daroca a los que se les ha preguntado y registrado sus hábitos tóxicos
Denominador: Número de pacientes mayores de 15 años del CS de Daroca

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1092

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Valor a alcanzar: 75%

Indicador N°1: % intervención breve en pacientes registrados con hábito tabáquico

Definición: Porcentaje de pacientes mayores de 15 años registrados en OMI como fumadores a los que han sido beneficiados de una intervención, al menos, breve.

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una intervención, al menos, breve

Denominador: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

Valor a alcanzar: 75%

Indicador N°3: % pacientes con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometria

Definición: Pacientes mayores de 15 años con hábito tabáquico que se haya realizado una espirometria con el fin de obtener al menos un primer registro

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometría en el año

Denominador: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

Valor a alcanzar: 50%

Se promocionarán los hábitos de vida saludables mediante cartel informativo/divulgativo en los diferentes centros médicos que pertenecen al CS de y los centros educativos

DURACIÓN

Inicio: 01/01/2019

Finalización: 31/12/2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1093

1. TÍTULO

AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE AINOA CUADRADO GONZALEZ
· Profesión MIR
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERGUA DIEZ VIOLETA
BES FRANCO ANGEL
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
SIMON APARICIO MARIA PAZ
BES GIMENEZ ANA V
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión entre los componentes del proyecto en el primer trimestre y otras de control al semestre para valorar los resultados del proyecto. Se refuerza la necesidad de incluir a los pacientes de entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) como tales e incluirlos en los planes de cuidados y revisar de esta forma los síntomas de la patología y el registro de espirometrías.

Además, con los pacientes diagnosticados de EPOC se ha obtenido un listado para que ahora, en cuanto comience la campaña de vacunación de la gripe, priorizar sobre ellos, hacer campaña para fomentar la vacunación y, en cuanto dispongamos de las vacunas, administrárselas de la forma más precoz posible.

Se han revisado los listados tanto desde enfermería como médicos y se han comprobado con las historias de OMI de los usuarios del CS que han acudido a consulta para registrarlos como EPOC y se les han registrado los síntomas respiratorios, estableciéndose una tendencia estacional con el cambio de clima y observándose exacerbaciones leves de la sintomatología respiratoria con la entrada del otoño. A aquellos que no presentan el diagnóstico como tal pero si factores de riesgo se les ha realizado espirometría para establecer el diagnóstico si procede (debemos tener en cuenta que el espirómetro ha estado fuera de servicio durante más de 2 meses, por lo que la realización de espirometrías se ha retrasado y, por lo tanto, a final de año se ha hecho hincapié en la realización de la misma en aquellos que no presenten alguna en el último año).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como se comentó en el proyecto inicial y, siendo una de las principales motivaciones para desarrollarlo, en nuestra ZBS la prevalencia de EPOC estimada a finales de 2018 fue del 4,20% siendo muy dispar entre los diferentes cupos médicos (rango 2,63-7,64%), ocurriendo lo mismo con el indicador de síntomas respiratorios.

Actualmente, se han detectado 39 pacientes registrados como EPOC e incluidos en los planes de cuidados los cuales corresponden a un 4,07% (respecto al 4,20% estimado a finales de 2018 no hemos detectado nuevos casos o realizado nuevos registros). Para alcanzar nuestro objetivo debemos aumentar el registro hasta 9,07%. Si comparamos con Calatayud y Aragón estamos discretamente por encima de la media (Aragón 2,55% y Calatayud 3,8%).

El registro de síntomas en los pacientes diagnosticados de EPOC está en un 40%; habiendo aumentado un 18% respecto memoria previa de seguimiento.

En relación a otro proyecto que estamos haciendo de forma simultánea, captando los pacientes fumadores realizando espirometría en todos ellos para realizar el diagnóstico de EPOC de forma precoz.

La cobertura vacunal antigripal en pacientes con diagnóstico de EPOC en la Campaña 2019/2020 es del 87,5% de los pacientes, habiéndose priorizado la administración de dicha vacuna a pacientes de mayor riesgo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La prevalencia de EPOC y el registro de sintomatología es un punto flojo que se detecta en nuestra ZBS, por lo que debemos continuar trabajando en ello.

A colación de otro proyecto que llevamos de forma simultánea en relación con el tabaquismo, los pacientes que sean fumadores se les realiza espirometría y, además, en función del resultado de la espirometría lograremos realizar el diagnóstico de EPOC.

7. OBSERVACIONES.

El espirómetro estuvo fuera de servicio durante dos meses, cosa que ha retrasado la labor asistencial en este aspecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1093 ===== ***

Nº de registro: 1093

Título
AUMENTO DE DETECCION Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS DAROCA

Autores:
CUADRADO GONZALEZ AINOA, BERGUA DIEZ VIOLETA, BES FRANCO ANGEL, SIMON APARICIO PAZ, RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1093

1. TÍTULO

AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS

RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

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 de las causas más frecuentes de muerte e invalidez en el mundo contemporáneo, la cual se caracteriza por un proceso inflamatorio que produce obstrucción poco reversible de las vías aéreas pequeñas, así como destrucción de las paredes alveolares (enfisema). En su etiopatogenia intervienen diferentes elementos pero especialmente el humo del tabaco. A pesar de que la gravedad se establece por escalas multidimensionales BODE/BODEx, se puede realizar una aproximación a la gravedad a partir del flujo aéreo (espirometría), disnea, nivel de actividad física e historia de agudizaciones (síntomas respiratorios). Enlazando este proyecto con otro que se va a realizar desde el mismo CS en cuanto a la detección de tabaquismo ya que el humo del tabaco es uno de los principales factores que intervienen en la patogenia de la EPOC. Realizando los dos proyectos de forma simultánea, se pueden complementar los datos y detectar aquellos pacientes fumadores de entre 40-79 años para la realización de espirometría (en caso de que no tengan ninguna realizada) para evaluar el flujo aéreo y detectar si existe o no obstrucción del flujo aéreo y pudiendo diagnosticar a estos pacientes de EPOC (R95), además de incidir en ellos mediante una intervención breve para reducir el consumo del tabaco y frenar la progresión de dicha patología. En nuestra ZBS la prevalencia de EPOC estimada a finales de 2018 fue del 4,20% siendo muy dispar entre los diferentes cupos médicos (rango 2,63-7,64%), ocurriendo lo mismo con el indicador de síntomas respiratorios.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la cobertura de los pacientes entre 40-79 años con diagnóstico de EPOC (R95)
2. Confirmar el diagnóstico de EPOC en todos los pacientes
3. Mejorar el registro en OMI-AP de síntomas respiratorios en los pacientes con diagnóstico de EPOC
4. Aumentar la cobertura vacunal de la gripe en los pacientes diagnosticados de EPOC

Resultados que se esperan alcanzar:

1. Conocer el grado de incremento en la prevalencia de EPOC alcanzada entre los usuarios del CS tras la intervención.
2. Mejorar el registro de espirometrías en los pacientes diagnosticados de EPOC.

MÉTODO

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de usuarios del CS de (programada/demanda) de entre 40-79 años del registro del diagnóstico de EPOC (R95)
2. Detectar pacientes no diagnosticados de EPOC pero con factores de riesgo y realización de espirometría para establecer el diagnóstico
3. Registrar los síntomas respiratorios en pacientes diagnosticados de EPOC
4. Programa de vacunación antigripal en pacientes diagnosticados de EPOC

INDICADORES

Indicador N°1: Incremento de la Prevalencia de EPOC en la ZBS

Definición: % de incremento de la prevalencia de EPOC registrada.

Fórmula:
Numerador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al final de abril de 2019

-
% población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al inicio de abril de 2019

Denominador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al inicio del periodo de evaluación

Valor a alcanzar: 5%

Límite inferior: 4,20%

Indicador N°2: Confirmación del diagnóstico de EPOC

Definición: % de pacientes con EPOC con espirometría diagnóstica

Fórmula:

Numerador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) cuyo cociente sea <70%

Denominador: % población entre 40 y 79 años con registro diagnóstico de EPOC (R95)

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 60%

Indicador N°3: Síntomas respiratorios en los pacientes con diagnóstico de EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1093

1. TÍTULO

AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS

Definición: % de pacientes con EPOC que se ha registrado en OMI la exploración de sintomatología respiratoria.

Fórmula:

Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95)

Denominador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) que tienen registro de síntomas respiratorios en OMI

Valor a alcanzar: 70%

Límite inferior: 20%

Indicador N°4: Incremento de cobertura vacunal antigripal en pacientes con diagnóstico de EPOC (Campaña 2019/2020)

Definición: % de pacientes con EPOC a los que se les ha administrado la vacuna antigripal

Fórmula:

Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95)

Denominador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) que han recibido vacuna antigripal

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 70%

Fuente de datos: OMI-AP y BDU

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2019

Fecha finalización: Abril 2020

OBSERVACIONES

G.Cosío B. EPOC. Arch Bronconeumol. 2007;43 (supl 2): 15-23

Miravittles M et al. Normativa SEPAR. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2012;48(7): 247-257

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

Fecha de entrada: 22/04/2017

2. RESPONSABLE ANGELA TELLO MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLIVAN OTAL PILAR
HERRAIZ GASTESI GONZALO
CARO REBOLLO JOSEFINA
CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO
GARIN MORENO ANA LUZ
LALANA JOSA MARIA PILAR
CENARRO GUERRERO MARIA TERESA
MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO.

El Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria (AraPAP) se ha reunido con carácter trimestral en la sala de reuniones del Centro de Salud Muñoz Fernández de Zaragoza en las siguientes fechas: 16/09/2015, 10/02/2016, 11/05/2016, 20/09/2016 y 15/03/2017.

2. ACTIVIDADES DOCENTES.

TALLER SOBRE TOS CRÓNICA

Fue impartido en las XI Jornadas Aragonesas de Pediatría de Atención Primaria el 26 de noviembre de 2015 en el Colegio de Médicos de Zaragoza. La actividad estaba dirigida a pediatras de Atención Primaria y MIR de Pediatría. Profesorado: Isabel Moneo Hernández y Ángela Tello Martín, ambas médicas pediatras.

El objetivo principal del taller fue proporcionar herramientas para el manejo y abordaje de la tos crónica en pediatría. Se plantearon 5 casos clínicos interactivos con preguntas de respuesta múltiple a las que debían responder utilizando tarjetas de colores para dar sus respuestas que luego fueron razonadas. El material didáctico se envió a los asistentes por correo electrónico. Los asistentes fueron evaluados mediante test pre y postcurso.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE TÉCNICAS INHALATORIAS EN PEDIATRÍA.

Está actividad se realizó en el mes de febrero de 2016 en el Centro de Salud de Illueca y estaba dirigida a médicos de Atención Primaria y enfermeros de dicho centro de Salud. Profesorado: Ángela Tello Martín (médico pediatra).

El objetivo de la sesión fue la formación en el manejo de la patología respiratoria en la edad pediátrica en urgencias de atención primaria: bronquiolitis, broncoespasmo y crisis asmática. Se mostraron las diferentes técnicas inhalatorias que se usan en pediatría: cámara con mascarilla, nebulizador y las diferentes formas de presentación de los inhaladores, pudiendo los asistentes poner en práctica los distintos sistemas de inhalación. Se dio a los asistentes material didáctico tanto en formato papel (algoritmos de actuación) como a través del email, además de proporcionarles información sobre los distintos recursos online para las familias (uso de sistemas de inhalación). Se evaluó a los asistentes mediante encuesta tipo test pre y post-sesión clínica.

CURSO SOBRE EL ENFOQUE MOTIVACIONAL EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA. El curso se impartió como Actividad Formativa del Salud en Junio de 2016. Tuvo lugar los días 31 de mayo, 2 y 7 de junio en Atención Primaria (Condes de Aragón). Duración total de 6 horas y reconocido por la Comisión de Formación Continuada según nº expte. 02-0004- 04/0124-A con 0,8 créditos.

Profesorado: Isabel Nerin (Médico Neumóloga), Adriana Marqueta (Psicóloga), Pilar Samper (Médico Pediatra), Ángela Tello (Médico Pediatra) y Gonzalo Herráiz (Médico Pediatra).

Durante los meses de abril a junio de 2016 se procedió a la recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo con herramientas para el manejo del consejo antitabaco para padres.

El objetivo principal del curso fue mejorar las habilidades del pediatra en la prevención del consumo activo de tabaco en los más jóvenes y en la prevención de la exposición pasiva a través de la intervención en los padres fumadores.

El curso constó de una primera parte teórica donde se explicaron los principios generales de las técnicas motivacionales y se dieron a conocer la técnica y los principios básicos. Se aportó información acerca de su utilidad en el ámbito clínico y sobre la evidencia disponible de su eficacia en problemas de práctica clínica habitual, especialmente en el tratamiento del tabaquismo. La parte práctica constó de ejercicios de role-playing en los que se utilizó el enfoque motivacional en el tratamiento del tabaquismo y se incorporaron las diferentes estrategias motivacionales explicadas en la parte teórica. Se centró en desarrollar las habilidades pertinentes utilizadas en el enfoque motivacional para fomentar el cambio de conducta en el paciente fumador. A lo largo del curso se intercaló parte teórica con aplicación práctica a través de ejercicios prácticos con el objetivo de dinamizar el grupo y facilitar la interacción entre los alumnos, y entre alumnos y docentes.

Se entregó vía mail la información recopilada de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

sobre el problema del niño como fumador activo y pasivo. Al final del curso los alumnos cumplimentaron una encuesta de satisfacción así como un test sobre los conocimientos adquiridos después del desarrollo del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos alcanzado el objetivo del número de reuniones anuales, manteniendo una reunión trimestral del grupo de trabajo, con elevación de acta y una asistencia de entre un 60 y un 80% de los miembros del grupo.

En cuanto al número de actividades docentes hemos realizado 3 actividades docentes, alcanzando nuestro objetivo anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva en cuanto a la calidad de las actividades formativas realizadas y la satisfacción del alumnado.

No se pudo realizar el curso de formación en Patología Respiratoria para Pediatras de Atención Primaria del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Fue convocado se convocó inicialmente en noviembre de 2015 y posteriormente en mayo de 2016, sin que se alcanzara un número de inscripciones suficientes, por lo que finalmente fue suspendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/713 ===== ***

Nº de Registro: 0713

Título
PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDITRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

Autores:
TELLO MARTIN ANGELA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, HERRAIZ GASTESI GONZALO, CARO REBOLLO JOSEFINA, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GARIN MORENO ANA LUZ, LALANA JOSA MARIA PILAR, MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL, LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

PROBLEMA
La utilización de la vía inhalatoria para la administración directa de distintas sustancias en el árbol bronquial es una práctica muy antigua, pero en los últimos años su uso se ha incrementado de forma generalizada en nuestra sociedad. Numerosas publicaciones indican la gran frecuencia con la que se cometen errores en la administración, derivados del desconocimiento de los sistemas de inhalación por parte de los pacientes y también por el personal sanitario.

Con nuestras actividades formativas intentamos transmitir a los médicos que asisten a niños en AP, la importancia de la educación sanitaria en esta patología y la difusión de las novedades en este campo. La patología respiratoria motiva el mayor porcentaje de prescripción de Antibióticos, fármacos de utilidad terapéutica baja, y otras sustancias potencialmente peligrosas (ejemplo alerta de la AEM sobre la utilización de Codeína en menores de 12 años) en pediatría de Atención Primaria. Hay diversos estudios que demuestran la variabilidad en esta prescripción según el perfil del médico prescriptor. Pretendemos difundir la necesidad del uso racional de medicamentos en la infancia.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar los conocimientos de los alumnos que asisten a nuestras actividades formativas evaluando todas nuestras actividades, haciendo test pre y postcurso.

MÉTODO

Reuniones periódicas, del grupo con elevación de acta.
- Realizar actividades de formación canalizadas a través de sociedades científicas, Colegio de médicos, Actividades formativas del Salud

INDICADORES

Reuniones del Grupo de trabajo con elevación de acta al menos 4 anuales,
Actas de las reuniones, con la asistencia de al menos el 60% de los componentes.
Actividades docentes 3 al año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

DURACIÓN

Un año prorrogable.

Curso en COMZ Noviembre 2015- febrero 2016 (según nos indique la organización)

Taller en jornadas de la Asociación aragonesa de atención Primaria. Noviembre 2015.

Formación a médicos residentes de pediatría y Medicina de familia (junio 2015 a junio 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

Se estan registrando las intervenciones en educación diabetológica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1222

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

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

1. TÍTULO

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:

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

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 08/03/2019

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1222

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:

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

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MILAGROS BENITO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN
TORRIJO SOLANAS ROBERTO
HERRERO CASTILLO EVA
SANCHEZ VALLE BERNARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido un sistema para la realización de espirometrias en la población diana señalada en el Proyecto de Gestion Clínica.

Se esta aumentando el registro de planes de cuidados de enfermeria de EPOC mejorando los datos actuales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relacion a las espirometrias realizadas a pacientes con las características mencionadas anteriormente, no tenemos las cifras exactas. Pero se ha habilitado una agenda con consulta varios dias para realizarla en el centro, mejorando notablemente el número de pacientes con espirometria realizada

Con relación a los registros de síntomas respiratorios en pacientes con EPOC, apenas hemos mejorado. En la autoevaluación que realizamos en el equipo se quedó en volver a retomar el asunto y mejorar en este segundo semestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente hacer el registro correcto de los síntomas respiratorios en pacienes EPOC, para mejorar de aquí a finales de año los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectos de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO

Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.

Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.

Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.

Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación meteorológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES

Confirmación de la creación de agenda específica para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.

Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.

Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN

El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES

A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecer un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN RUIZ CARLOS
ORTEGA DEL ARBOL AGUSTIN
GARCIA REDONDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Durante este segundo año de proyecto, se ha mantenido abierta la agenda específica de espirometrías donde, desde admisión, se han ido citando, siendo indicado por parte de enfermería y medicina indistintamente, a aquellos pacientes que en cartera de servicios, bien por tener un diagnóstico de EPOC o de tabaquismo, les correspondía la realización de la misma.
- Se ha conseguido aclimatar el espacio y disponer de un espirómetro calibrado, de condiciones adecuadas y material básico necesario.
- Por parte de medicina y enfermería se ha intensificado la captación de aquellos pacientes fumadores que no estaban registrados como tal, para poder incluirlos en dicha cartera de servicios para poder completar su protocolo.
- Se ha incrementado además el cribado espirométrico en aquellos pacientes que presentan sintomatología compatible con un diagnóstico de EPOC.
- Tras varias sesiones de equipos en las que se han establecido criterios comunes se ha incrementado y se ha incluido en el seguimiento habitual los síntomas respiratorios de los pacientes EPOC y su limpieza de vías aéreas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido y respetado la agenda de espirometrías, adecuando la actividad de enfermería para poder llevarlas a cabo.
- Se ha conseguido alcanzar la media de 8 espirometrías mensuales.
- Se ha mejorado la cifra de diagnósticos de EPOC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la realización de este proyecto nos ha quedado pendiente realizar una formación/actualización en técnica de realización e interpretación de las mismas.
Nos parece un proyecto que debe continuarse puesto que se trata de una patología crónica que precisa de un seguimiento continuado y actualización de las exploraciones de forma periódica, tanto en nuestras consultas y de forma coordinada con las de neumología, a propósito de lo cual si hemos valorado que sería conveniente conseguir que los resultados de las espirometrías realizadas en sus consultas nos llegasen a AP, para evitar duplicidades.

7. OBSERVACIONES.

Se trata de un proyecto viable y que poco a poco se esta estableciendo e incluyendo en la práctica diaria puesto que el porcentaje de pacientes EPOC en nuestra población y elevado y la repercusión clínica sobre el paciente y su mejoría con el tratamiento adecuado, hace de esta práctica diagnóstica y de evaluación, una herramienta muy útil en nuestras consultas.
La intención del equipo es continuar para seguir cumpliendo los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectados de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO

Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación meteorológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES

Confirmación de la creación de agenda específica para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN

El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES

A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecer un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN RUIZ CARLOS
ORTEGA DEL ARBOL AGUSTIN
GARCIA REDONDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante este segundo año de proyecto, se ha mantenido abierta la agenda específica de espirometrías donde, desde admisión, se han ido citando, siendo indicado por parte de enfermería y medicina indistintamente, a aquellos pacientes que en cartera de servicios, bien por tener un diagnóstico de EPOC o de tabaquismo, les correspondía la realización de la misma.
- Se ha conseguido aclimatar el espacio y disponer de un espirómetro calibrado, de condiciones adecuadas y material básico necesario.
- Por parte de medicina y enfermería se ha intensificado la captación de aquellos pacientes fumadores que no estaban registrados como tal, para poder incluirlos en dicha cartera de servicios para poder completar su protocolo.
- Se ha incrementado además el cribado espirométrico en aquellos pacientes que presentan sintomatología compatible con un diagnóstico de EPOC.
- Tras varias sesiones de equipos en las que se han establecido criterios comunes se ha incrementado y se ha incluido en el seguimiento habitual los síntomas respiratorios de los pacientes EPOC y su limpieza de vías aéreas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido y respetado la agenda de espirometrías, adecuando la actividad de enfermería para poder llevarlas a cabo.
- Se ha conseguido alcanzar la media de 8 espirometrías mensuales.
- Se ha mejorado la cifra de diagnósticos de EPOC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la realización de este proyecto nos ha quedado pendiente realizar una formación/actualización en técnica de realización e interpretación de las mismas.
Nos parece un proyecto que ha permitido establecer la base para abordar una patología crónica que precisa un seguimiento continuado y actualización de las exploraciones de forma periódica, tanto en nuestras consultas y de forma coordinada con las de neumología, a propósito de lo cual si hemos valorado que sería conveniente conseguir que los resultados de las espirometrías realizadas en sus consultas nos llegasen a AP, para evitar duplicidades.

7. OBSERVACIONES.

Se trata de un proyecto viable y que poco a poco se esta estableciendo e incluyendo en la práctica diaria puesto que el porcentaje de pacientes EPOC en nuestra población es elevado y la repercusión clínica sobre el paciente y su mejoría con el tratamiento adecuado, hace de esta práctica diagnóstica y de evaluación, una herramienta muy útil en nuestras consultas.
La intención del equipo es continuar con la misma mecánica establecida hasta ahora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectados de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO

Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación meteorológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES

Confirmación de la creación de agenda específica para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN

El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES

A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecer un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DONOSO VIDORRETA RAQUEL
SANCHEZ REMACHA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Siguen en proceso las visitas al colegio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se puede valorar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1233 ===== ***

Nº de registro: 1233

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Autores:
LATORRE RUIZ CRISTINA, DONOSO VIDORRETA RAQUEL, SANCHEZ REMACHA CARLA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: propios de la unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

-Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.

-Que sepan reconocer situaciones de riesgo.

-Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

actuar correctamente ante situaciones urgentes.

MÉTODO

- Elaboración del contenido de la actividad formativa.
- Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos
- Desarrollo de simulacros de actuación
- Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

INDICADORES

- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.
- Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

DURACIÓN

- Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso
- Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso
- Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017.Cristina Latorre y Carla Sanchez
- Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas:Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DONOSO VIDORRETA RAQUEL
SANCHEZ REMACHA CARLA
CHARLEZ MILLAN CARMEN
GALLEL URGEL MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se contactó con el director del Instituto Sierra de la Virgen para informar del proyecto que se pretendía realizar con alumnos delº de Educación Secundaria y consensuar fechas y contenidos.
- Se realizaron dos talleres de dos horas cada uno, el primero el 7 de noviembre de 2017 se explicó RCP apoyada en videos. El segundo el 20 de diciembre de 2017 se llevó a cabo un taller práctico, con simulacros de actuación, utilizando para ello muñeco de simulación para realizar las prácticas.

Se llevó un desfibrilador semiautomático y diverso material de escritorio, así como un ordenador portatil.
- Antes de iniciar la actividad se cumplimentó un cuestionario con cinco preguntas con cuatro opciones de respuesta siendo una única válida:

1. ¿Cuál es el primer eslabón de la cadena de supervivencia tras reconocer a una persona en riesgo de PCR?"
 - a) Llamar pidiendo ayuda.
 - b) Iniciar inmediatamente RCP.
 - c) Buscar un desfibrilador.
 - d) Trasladar al paciente.
 2. Secuencia de reanimación en el adulto:
 - a) 2 respiraciones de rescate y comenzar compresiones torácicas.
 - b) 30 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones.
 - c) 5 respiraciones de rescate/ 30 compresiones torácicas.
 - d) Sólo ventilar sin hacer compresiones torácicas.
 3. Ante un paciente inconsciente pero que respira y tiene pulso, ¿qué haríamos?
 - a) Ponerlo en posición lateral de seguridad,
 - b) Ponerlo boca arriba con las piernas en alto.
 - c) Dejarlo como está.
 - d) Sentarlo
 4. ¿ Para que sirve la maniobra de Heimlich?
 - a) Para cortar hemorragias.
 - b) Para curar quemaduras.
 - c) En atragantamientos.
 - d) Todas son ciertas.
 5. Ante una herida con sangrado importante ¿qué haríamos primero?
 - a) Limpiarla bien con agua y jabón.
 - b) Comprimir el punto de sangrado para controlar la hemorragia.
 - c) No hacer nada y esperar a que lleguen los servicios sanitarios.
 - d) Todas son correctas.
- Al finalizar la actividad formativa se volvió a realizar el mismo cuestionario.
- Se cumplimentó la encuesta de satisfacción de la actividad a los alumnos, que consistía en evaluar del 1 al 10, siendo 1 el menor y 10 mayor.
1) Como valoras esta actividad para tu vida.
2) ¿Recomendarías a otros alumnos este curso?
3) En general el curso le pareció...
4) Estás de acuerdo con las intervenciones realizadas (si- no)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El número de alumnos que participaron en el proyecto fue de 53, la totalidad de los alumnos. Consiguiendo un 100% de participación.
- Resultados de las encuestas:
- Valoración media de la actividad para su vida: 9,1 (indicador >8)
- Recomendación a otros alumnos para realizar el curso: 9,2 (indicador >8)
- En general el curso le pareció: 9,3 (indicador >8)
- Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes: 98 % (indicador > 90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los objetivos se lograron ampliamente.
- Tanto para los alumnos, profesores y profesionales del EAP el proyecto fue muy bien valorado.
- Por parte de la dirección del instituto se solicitó que se realizara la actividad para el profesorado en grupo aparte.
- Se valoró la posibilidad de realizar la actividad anualmente para que todos los alumnos adquieran conocimientos y habilidades para enfrentarse a situaciones de salud urgentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

- El EAP cree conveniente ampliar la formación de primeros auxilios básicos en: heridas, quemaduras, accidentes domésticos.....

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1233 ===== ***

Nº de registro: 1233

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Autores:
LATORRE RUIZ CRISTINA, DONOSO VIDORRETA RAQUEL, SANCHEZ REMACHA CARLA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: propios de la unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

- Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.
- Que sepan reconocer situaciones de riesgo.
- Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder actuar correctamente ante situaciones urgentes.

MÉTODO
-Elaboración del contenido de la actividad formativa.
-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos

- Desarrollo de simulacros de actuación
- Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

INDICADORES
- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.

- Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

DURACIÓN

-Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017. Cristina Latorre y Carla Sanchez

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas: Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
FERRANDO AZNAR CLARA
MARCELIN JEAN ELIE
JUNCOSA OLIVERA DANIEL
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones, para un total de 92 alumnos, con una media de 15 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 90 minutos (el año pasado, después de la valoración final, nos pareció que las sesiones fueron demasiado cortas), en las que se incluye:

? Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencias básicas como atragantamiento y posición lateral de seguridad.

? Taller práctico con maniqués preparados para entrenamiento de las maniobras, donde practican RCP para legos y Posición Lateral de seguridad, afianzando conocimientos adquiridos en la sesión teórica. Este año disponíamos de 4 maniqués de adultos, dos bebés y un niño, además de un desfibrilador automático.

? Ejercicios de posición lateral de seguridad practicando entre ellos.

? Realización de un caso práctico planteando situaciones simuladas que pueden ocurrir en la vida real, intentando que sean capaces de resolverlas y, sobre todo, de pedir ayuda al 112 y seguir sus instrucciones hasta la llegada de los servicios médicos.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- 30 de septiembre 2019: 35 alumnos
- ? 1ª sesión: 4º A ESO con 17 alumnos
- ? 2ª sesión: 4º B ESO con 18 alumnos

- 1 de octubre 2019: 28 alumnos
- ? 1ª sesión: 3º A ESO y 2º FPB con 12 alumnos
- ? 2ª sesión 3º B ESO con 16 alumnos

- 3 de octubre de 2019: 29 alumnos
- ? 1ª sesión: 3º C ESO con 14 alumnos
- ? 2ª sesión: 3º PMAR con 15 alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A. Valoración de las sesiones:

Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala del 1 al 5 con los siguientes resultados:

1. Duración actividad: 81,54% puntúan con un 4/5
2. Expectativas cubiertas: 84,77% puntúan con 4/5
3. Utilidad: 70,73% puntúan con 4/5
4. Material del curso: 92,38% puntúan con 4/5
5. Formador: 88,04% puntúan con 4/5
6. Valoración del curso en general: 90,21 puntúan con 4/5

B. Caso práctico:

El 92% de los alumnos fueron capaces de resolver los casos prácticos planteados, realizando simulaciones de muertes súbitas y atragantamientos y como responder a las preguntas del personal del 061.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de esta actividad ha sido muy satisfactorio tanto para los que la hemos impartido como para los alumnos. Hemos intentado que aprendan cosas muy básicas y sencillas, fáciles de recordar, deseando que sean conscientes de su importancia para poder salvar una vida.

Creemos que vamos por el buen camino, aunque para que los chicos lleguen a valorar la importancia de saber realizar una RCP básica, se debería empezar desde más pequeños, tal y como recomienda la OMS y se está realizando en EEUU.

En general, las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas.

Este año se da por finalizado en proyecto de mejora dejando implantado como una actividad anual la realización del taller y con la idea de poder ampliar la actividad a los más pequeños con la adaptación a su edad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título
TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Autores:
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, MARCELIN JEAN ELIE, JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACION PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte tanto a nivel nacional como internacional. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes al año y la tendencia va en aumento. En España los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos. El 60% de estos paros cardíacos se producen en presencia de testigos, amigos o familiares. Se conoce que si los testigos iniciaran las maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces; de hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca. Y no se trata solo de salvar vidas: una RCP bien efectuada reduce considerablemente las secuelas neurológicas que podría tener una parada cardiorrespiratoria.

RESULTADOS ESPERADOS

La lucha para revertir estos datos requiere, necesariamente, trasladar a la población los conocimientos y técnicas básicas en reanimación cardiovascular. Es muy importante que toda la población esté concienciada y conozca la cadena de supervivencia para así poder actuar correctamente, poniendo en marcha de forma precoz los primeros eslabones, que consisten en el reconocimiento de la emergencia, activación de los servicios de emergencias y realización de las técnicas de RCP. El 100% de la sociedad ha de cumplir la obligatoriedad de escolarización hasta la edad de 16 años, esto convierte a los estudiantes en la población diana ideal para el aprendizaje de las técnicas de resucitación cardiopulmonar por varios motivos:
- Los jóvenes, a diferencia de los adultos, son más asequibles, retienen mejor los conocimientos y habilidades adquiridas, ya que es la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje, y estos conocimientos son más duraderos en el tiempo.
- Se motivan con facilidad, lo que significa que los conocimientos y habilidades transmitidas, no solo llega a la población diana, sino también a su entorno: padres, hermanos, amigos, etc.
Desde el IES de Calanda nos demandan la posibilidad de realizar alguna actividad sobre RCP y primeros auxilios para los alumnos más mayores, chicos de 3º y 4º de la ESO. Tras comentarles la idea del proyecto les parece muy interesante y educativo.

MÉTODO

- Realizar sesiones, con 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 50-55 minutos, hasta completar el número de alumnos exitentes en 3º y 4º de la ESO.
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad).
- Taller práctico con maniquí preparado para entrenamiento de las maniobras, por parte de los alumnos, de una forma activa.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

- Al final de los talleres se expondrá algún caso práctico para que sea resuelto por los alumnos y poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- Cuestionario satisfacción de la actividad

DURACIÓN

- La duración del proyecto dependerá de la cantidad de alumnos de 3º y 4º de la ESO del curso escolar de realización, contando que en cada sesión habrá 10 alumnos, para que todos puedan participar en la práctica con maniquí.
- El proyecto se realizará durante el curso escolar, con la idea de que sea un proyecto que se realice todos los años para los chicos de 3º y 4º. Así podemos mantener una continuidad en la formación a los estudiantes sobre conocimientos básicos en RCP.
- Empezaremos en el curso 2018-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR GARCIA REDONDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera quincena del mes de octubre preparamos el power point que posteriormente se utilizaría en las sesiones de educación, un test de evaluación para los asistentes y una encuesta final de satisfacción .

El test de evaluación de conocimientos consiste en 12 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con tres posibles respuestas cada una.

La encuesta de satisfacción final valora los siguientes aspectos con una posible puntuación del 1 al 4, siendo 1 mala, 2 regular, 3 buena y 4 muy buena:

- Organización.
- Actividad formativa.
- Evaluación global.

Una vez finalizado se explica el proyecto al resto de compañeros del equipo de enfermería y se llega a la conclusión de que tres sesiones son demasiadas para garantizar la asistencia de los pacientes, por lo que se acuerda llevar a cabo dos sesiones por grupo de 90 minutos cada una.

Cada enfermero del equipo se encarga de seleccionar los pacientes de su cupo candidatos a participar en el proyecto, se les informa de que cada grupo no podrá exceder el número de 12/15 personas.

Los contenidos de dichas sesiones se dividen en :

1º SESIÓN: Conceptos generales relacionados con la diabetes, complicaciones agudas, importancia del ejercicio físico. (Imparte Ángela María Sánchez López)

2º SESIÓN: Alimentación en diabetes, tratamientos, control, complicaciones crónicas y pie diabético. (Imparte Pilar García Redondo)

Contactamos con cada ayuntamiento para que se nos habilite una sala equipada para poder impartir la sesiones .

Se convoca a los pacientes seleccionados mediante llamada telefónica o en la consulta de forma presencial.

Durante el año 2018 se realizan las sesiones en el siguiente orden y fechas:

- Jarque del Moncayo : 18 y 25 de octubre.
- Tierga y Trasobares: 8 y 15 de noviembre.
- Gotor e Illueca: 22 y 29 de noviembre.
- Brea de Aragón: 13 y 20 de diciembre.

Antes de comenzar la primera sesión, los asistentes contestan el test de evaluación para valorar conocimientos previos . A l finalizar la segunda sesión se realiza el mismo test para valorar conocimientos adquiridos y se rellena la encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Puesto que el proyecto no ha finalizado en 2018 y continúa a lo largo del siguiente año, a continuación exponemos únicamente los datos de las encuestas realizadas hasta diciembre de 2018.

Para conseguir una valoración objetiva del proyecto, a la hora de medir resultados se han tenido en cuenta únicamente el cuestionario y la valoración final de los pacientes que han acudido a las dos sesiones.

INDICADORES:

-Número de asistentes del total de convocados: Se convocan 76 pacientes entre todos los municipios y asisten 39 pacientes a las dos sesiones, 12 sólo a la primera sesión y 3 sólo a la segunda sesión.

-Número de personas que superan el test de evaluación final tras la segunda sesión: 36 personas de las 39 que acuden a las dos sesiones superan el test teniendo en cuenta que hemos considerado que superar el test consiste en contestar correctamente al menos 10 de las 12 preguntas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

-Número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones: en los dos primeros items a valorar(organización y actividad formativa), los 39 asistentes se muestras satisfechos, es decir, puntúan con un 3 o con un 4. En el tercer item (evaluación global) hay 4 personas que no contestan y 35 se muestras satisfechas puntuando con 3 o 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A fecha 31 de diciembre faltaban por realizar sesiones en los siguientes municipios: Aranda del Moncayo, Brea de Aragon e Illueca.

A lo largo de enero y febrero de 2019 ya se han realizado sesiones en los tres municipios.

En marzo de 2019, y tras analizar los datos de muy baja asistencia en Illueca, llegamos a la conclusión de que el sistema de convocatoria en este municipio no fue el adecuado o suficiente, por lo que se decide a partir de esta fecha realizar una nueva selección de pacientes candidatos a participar con un sistema de convocatoria que incluya un recordatorio telefónico el día anterior a la sesión.

Hemos detectado también la necesidad de avisarles en la convocatoria de la necesidad de acudir con las gafas si las precisan ya que ha resultado dificultoso el rellenado de las encuestas y valoración final por parte de estos pacientes.

Teniendo en cuenta la parte del proyecto llevado a cabo hasta ahora, concluimos que la actividad está siendo satisfactoria tanto para los pacientes como para las organizadoras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Autores:
GARCIA REDONDO PILAR, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.

El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar. Una de estas intervenciones es la educativa, incluida dentro de la cartera de servicios. La educación para la salud(EPS)enmarcada en el trabajo con grupo,aporta ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos,ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción,facilita las relaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

mejora las habilidades sociales.

En lo que se refiere a los diabéticos, los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.

El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diabéticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad, complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:

-Conceptos clave: diabetes, tipos, insulina, páncreas, energía.

-Alimentación: grupos de alimentos, distribución, cantidades...

-Ejercicio físico: importancia en la diabetes, precauciones, prevención de hipoglucemias...

-Control/autocontrol de los niveles de glucosa: justificación del autocontrol si procede, técnica correcta si procede, horario, frecuencia, interpretación de resultados, registro de datos. En pacientes que no requieran autocontrol, explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.

-Tratamiento con ADO/insulina: tipos, mecanismos de acción, correcta administración...

-Hipo/hiperglucemias: concepto, síntomas, prevención, tratamiento, manejo del glucagón...

2. Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.

3. Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

MÉTODO

Se realizarán tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una, cada grupo no será superior a 12-15 personas.

Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas, experiencias, opiniones...

Para finalizar, si lo requiere la actividad, se llevará a cabo taller práctico.

Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación

Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.

Sesión 3: Tratamiento/hipo e hiperglucemias.

Recursos: Pizarra, proyector, material diabético, material educativo escrito.

INDICADORES

Evaluaremos el proyecto mediante:

-Registro de asistencia

-Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión

-cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluarán datos de los pacientes: glucemia, hemoglobina glicosilada, control de peso, número de hipoglucemias.

Indicadores:

-número de asistentes del total de convocados

-número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.

-número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

-Número de personas que han mejorado su glucemia

-Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada

-Número de personas que han reducido su IMC

-Número de personas que han reducido complicaciones (hipo e hiperglucemias).

DURACIÓN

Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas. Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio, por tanto un mínimo de 21 sesiones. Se prevé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine más de un grupo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR GARCIA REDONDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera quincena del mes de octubre de 2018 preparamos el power point que posteriormente se utilizaría en las sesiones de educación, un test de evaluación para los asistentes y una encuesta final de satisfacción .

El test de evaluación de conocimientos consiste en 12 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con tres posibles respuestas cada una.

La encuesta de satisfacción final valora los siguientes aspectos con una posible puntuación del 1 al 4, siendo 1 mala, 2 regular, 3 buena y 4 muy buena:

- Organización.
- Actividad formativa.
- Evaluación global.

Una vez finalizado se explica el proyecto al resto de compañeros del equipo de enfermería y se llega a la conclusión de que tres sesiones son demasiadas para garantizar la asistencia de los pacientes, por lo que se acuerda llevar a cabo dos sesiones por grupo de 90 minutos cada una.

Cada enfermero del equipo se encarga de seleccionar los pacientes de su cupo candidatos a participar en proyecto, se les informa de que cada grupo no podrá exceder el número de 12/15 personas.

Los contenidos de dichas sesiones se dividen en :

1º SESIÓN: Conceptos generales relacionados con la diabetes, complicaciones agudas, importancia del ejercicio físico.(Imparte Ángela María Sánchez López)

2º SESIÓN: Alimentación en diabetes, tratamientos, control, complicaciones crónicas y diabético. (Imparte María pilar García Redondo) pie

Contactamos con cada ayuntamiento para que se nos habilite una sala equipada para impartir la sesiones . poder

Se convoca a los pacientes seleccionados mediante llamada telefónica o en la consulta de forma presencial.

Durante el año 2018 se realizan las sesiones en el siguiente orden y fechas:

- Jarque del Moncayo : 18 y 25 de octubre.
- Tierga y Trasobares: 8 y 15 de noviembre.
- Gotor e Illueca: 22 y 29 de noviembre.
- Brea de Aragón: 13 y 20 de diciembre.

Tras la baja asistencia en las anteriores convocatorias de Illueca, se lleva a cabo una captación más activa de los pacientes contactándolos a través de vía telefónica con intención de aumentar la asistencia en el próximo año.

A lo largo del 2019 continuamos realizando las sesiones en los municipios pendientes:

- Brea de Aragón: 15 y 22 de enero.
- Illueca; 15 y 22 de enero. 21 y 28 de febrero, 23 y 30 de mayo.
- Aranda del Moncayo: 7 y 14 de febrero.

Antes de comenzar la primera sesión, los asistentes contestan el test de evaluación para valorar conocimientos previos . Al finalizar la segunda sesión se realiza el mismo test para valorar conocimientos adquiridos y se rellena la encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para conseguir una valoración objetiva del proyecto, a la hora de medir resultados, se han tenido en cuenta únicamente el cuestionario y la valoración final de los pacientes que han acudido a las dos sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

INDICADORES:

- Número de asistentes del total de convocados:

Se convocan 132 pacientes entre todos los municipios y asisten 52 pacientes a las dos sesiones, 28 sólo a la primera sesión y 12 sólo a la segunda sesión. Es decir, 92 personas acuden a alguna convocatoria, pero para poder valorar los indicadores y ser escrupulosos, valoraremos los datos extraídos de los pacientes que han acudido a las dos sesiones, es decir 52 personas. Del total de convocados asisten el 39 %, por lo tanto no cumplimos el objetivo del 50%.

- Número de personas que superan el test de evaluación final tras la segunda sesión:

51 personas de las 52 que acuden a las dos sesiones superan el test teniendo en cuenta que hemos considerado que superar el test consiste en contestar correctamente al menos 10 de las 12 preguntas.

Del total de asistentes, el 98% supera el test por lo que se alcanza el objetivo del 70%.

- Número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones:

En los dos primeros items a valorar (organización y actividad formativa), los 52 asistentes se muestran satisfechos, es decir, puntúan con un 3 o con un 4. En el tercer item (evaluación global) hay 4 personas que no contestan y 48 se muestran satisfechas puntuando con 3 ó 4.

Del total de asistentes, el 100% se muestra satisfecho, por lo que se alcanza el objetivo del 70%. A continuación se detallan el resto de indicadores a valorar pasados 6 meses de realizar las sesiones. (puntualizar que dos de los pacientes habían fallecido en el momento de la evaluación de los indicadores):

-Número de personas que han mejorado su glucemia pasados los 6 meses:

29 personas mejoran su glucemia suponiendo un 58% del total, por lo que se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que mejoran el valor de hemoglobina glicosilada pasados 6 meses:

25 personas mejoran el valor suponiendo el 50% por lo que se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que han reducido su IMC:

21 personas han reducido el IMC suponiendo el 42%, por lo que no se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que han reducido complicaciones (hipo- hiper):

Los datos que podemos extraer de forma objetiva es lo registrado en el protocolo diabetes OMI "Hipoglucemias sintomáticas". 33 pacientes han mantenido la ausencia de hipoglucemias sintomáticas, 2 la han mejorado, 3 han empeorado, 1 no ha mejorado y 11 faltan por registrar.

Si valoramos los que han tenido ausencia de complicaciones o mejora de la misma, 35 personas reducen o mantienen complicaciones, suponiendo un 70% por lo que se cumple el objetivo del 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez finalizado el proyecto podemos extraer las siguientes conclusiones:

1.- Con el sistema de captación telefónica de pacientes, esperábamos mayor aceptación por los usuarios, ya que entendíamos que este proyecto aportaba importantes conocimientos que podían afectar positivamente a su enfermedad.

De los 132 pacientes comprometidos inicialmente a asistir, sólo 52 completan las 2 sesiones del proyecto. De este dato podemos concluir que o bien no hemos sido capaces de transmitir al paciente la importancia del mismo o bien el paciente no valora lo suficiente la formación.

2.- Los pacientes asistentes han adquirido conocimientos para poder manejar mejor su enfermedad.

3.- La mayoría de los asistentes se muestran satisfechos con la organización, actividad y proyecto en general.

4.- Respecto a los indicadores clínicos, pasados los 6 meses de la formación se alcanzan los objetivos de mejora de glucemia, se mantiene el objetivo de disminución del valor de hemoglobina glicosilada, no se alcanza el objetivo de mejora del IMC y se cumple el objetivo de reducción de complicaciones.

Para finalizar, los componentes del proyecto nos mostramos satisfechos con el trabajo realizado, ya que la gran parte de los asistentes nos han trasladado una valoración muy positiva del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Autores:
GARCIA REDONDO PILAR, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.
El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar. Una de estas intervenciones es la educativa, incluida dentro de la cartera de servicios. La educación para la salud (EPS) enmarcada en el trabajo con grupo, aporta ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos, ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción, facilita las relaciones y mejora las habilidades sociales.
En lo que se refiere a los diabéticos, los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.
El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diabéticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad, complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:
- Conceptos clave: diabetes, tipos, insulina, páncreas, energía.
- Alimentación: grupos de alimentos, distribución, cantidades...
- Ejercicio físico: importancia en la diabetes, precauciones, prevención de hipoglucemias..
- Control/autocontrol de los niveles de glucosa: justificación del autocontrol si procede, técnica correcta si procede, horario, frecuencia, interpretación de resultados, registro de datos. En pacientes que no requieran autocontrol, explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.
- Tratamiento con ADO/insulina: tipos, mecanismos de acción, correcta administración..
- Hipo/hiperglucemias: concepto, síntomas, prevención, tratamiento, manejo del glucagón...
2. Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.
3. Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

MÉTODO

Se realizarán tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una, cada grupo no será superior a 12-15 personas. Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas, experiencias, opiniones...
Para finalizar, si lo requiere la actividad, se llevará a cabo taller práctico.
Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación
Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.
Sesión 3: Tratamiento/hipo e hiperglucemias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Recursos:Pizarra,proyector,material diabético,material educativo escrito.

INDICADORES

Evaluaremos el proyecto mediante:

- Registro de asistencia
- Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión
- cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluarán datos de los pacientes:glucemia,hemoglobina glicosilada,control de peso,número de hipoglucemias.

Indicadores:

- número de asistentes del total de convocados
- número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.
- número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

- Número de personas que han mejorado su glucemia
- Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada
- Número de personas que han reducido su IMC
- Número de personas que han reducido complicaciones(hipo e hiperglucemias).

DURACIÓN

Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas.Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio,por tanto un mínimo de 21 sesiones.Se prevé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine mas de un grupo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1218

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO MELUS ROJAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ LOPEZ ANGELA
LATORRE RUIZ CRISTINA
TORRIJO SOLANAS ROBERTO
GARCIA REDONDO MARIA PILAR
ELIAS GAVILANES MERCEDES
HERRERO CASTILLO EVA
MILLAN RUIZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. En el primer trimestre del año se realiza una sesión formativa el 15 de marzo a cargo del responsable del proyecto para plantear a todos los componentes del equipo del C.S Illueca la estrategia de mejora que se quiere llevar a cabo en la revisión y registro del anciano polimedicado en todas las consultas de enfermería del centro.
2. En el segundo trimestre del año se realiza una nueva sesión el 10 de mayo a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los EAP y MAP del equipo. En ella se plantean los objetivos a alcanzar en este proyecto. Se revisa la cartera de servicios del anciano polimedicado en nuestra ZBS y se instruye a todos los sanitarios en la técnica de localización de los pacientes en OMI y su correcta cumplimentación de los datos según el protocolo.
3. Durante los siguientes meses, de manera bimensual, el responsable del proyecto va mandando correos informativos a todos los miembros del equipo con las cifras de los resultados que vamos alcanzando y animando a todos los componentes a seguir poco a poco captando más pacientes y realizando la revisión del tratamiento crónico.
4. En el tercer trimestre del año, y aprovechando la nueva incorporación de miembros al equipo, se realiza la segunda reunión formativa el 25 de octubre, a cargo del responsable del proyecto para repasar los objetivos a alcanzar y la adecuada cumplimentación de los datos en OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestra ZBS, según los datos de la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud, atendemos a 470 personas con 75 años o más y que presentan activos en su Historia Clínica más de 5 fármacos de manera crónica, este es el 100% de población diana de nuestro proyecto.
Indicador 1: Alcanzar el 60% de pacientes ancianos polimedificados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.
En junio al finalizar el primer semestre habíamos alcanzado un resultado del 29,89% de todos los pacientes polimedificados, es decir 140 pacientes revisados en consulta de enfermería, dato muy favorable. Las revisiones de medicina derivadas desde la consulta de enfermería no se han podido evaluar porque no han podido obtenerse los datos desde OMI.
En el mes de octubre se había alcanzado la cifra del 59,39%, 279 pacientes ancianos polimedificados revisados en consulta de enfermería.
Y finalmente en el mes de diciembre hemos terminado el año con un total de 64,14%, 301 pacientes del total de 470, que se les ha realizado la valoración de Adherencia y Adecuación de los fármacos a la HC en la consulta de enfermería, con un correcto registro en OMI.
Indicador 2: Revisar en consulta de medicina el 80% de pacientes polimedificados >75 años que han sido derivados por enfermería por mala adherencia y adecuación al tratamiento.
No se han podido saber los datos de las revisiones realizadas en consulta de medicina derivadas desde la consulta de enfermería porque no nos han podido dar los datos desde OMI. Esta información se podría obtener dentro de la Valoración de la Concordancia, en el registro de si se deriva a consulta de medicina, si o no. El equipo del Centro por unanimidad decidió no realizar nada en papel ya que no disponemos de las HC escritas y no habría lugar para poder recoger esta información que en OMI si está.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dadas las cifras obtenidas, los objetivos del Proyecto se han alcanzado favorablemente. Todo el equipo ha trabajado en la búsqueda de pacientes ancianos polimedificados consiguiendo así el cumplimiento del objetivo del Proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1218

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1218

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA

***** ***

Nº de registro: 1218

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL C.S ILLUECA

Autores:
MELUS ROJAS ROCIO, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA, LATORRE RUIZ CRISTINA, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, GARCIA REDONDO MARIA PILAR, ELIAS GAVILANES MERCEDES, HERRERO CASTILLO EVA, MILLAN RUIZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatologia
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Zona Basica de Salud de Illueca, según los datos de la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud (DAPSC) a fecha de diciembre de 2018, atiende a una población de 5.492 habitantes, de los que aproximadamente el 791 (14,4%) son mayores de 75 años. De estos pacientes, 470 se encuentran dentro del programa de polimedocado por presentar activos en su Historia Clínica más de 5 fármacos de forma crónica. El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad; y en muchas ocasiones han sido prescritos por diferentes médicos, especialistas o de atención primaria, perdiendo el control de durante cuánto tiempo tienen que tomarlos o si interaccionan con otros que ya estaban tomando anteriormente. Todos los fármacos presentan efectos adversos que llevan en muchas ocasiones a empeorar la salud de nuestros pacientes si no hay un buen control de los tratamientos crónicos. Tras evaluar el cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión Clínica, hemos visto que se ha realizado una revisión del 29.07% de adherencia y adecuación de los tratamientos en la consulta de enfermería. Factor que nos proponemos mejorar. Dado el alto porcentaje de ancianos polimedocados en nuestra zona básica, nos proponemos implantar un programa de revisión de los tratamientos en la consulta de enfermería, para reducir los efectos secundarios de los fármacos, reducir el gasto farmacéutico y mejorar el uso racional de los fármacos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisar la adherencia y adecuación de los tratamientos en la consulta de Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación entre enfermería y medicina.
3. Alcanzar un 60% de pacientes ancianos polimedocados de >75 años a los que se les ha efectuado la revisión de la adherencia y la adecuación del tratamiento en la consulta de Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.

MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y EAP del C.S Illueca, para explicar la implantación del proyecto, revisar la cartera de servicios del paciente polimedocado>75 y explicar los objetivos a conseguir y el adecuado registro en OMI.
2. Reuniones semestrales con todo el equipo para valorar la evolución del proyecto con los datos del cuadro de mandos. Según resultados se hará una captación activa tanto en consulta de enfermería como de medicina.
3. Identificación de los pacientes >75 años polimedocados y captación, tanto en consulta de enfermería como de medicina, para programar una consulta de enfermería para la revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería.
4. Derivación de todos los pacientes que no presentan una adecuada adherencia al tratamiento, a la consulta de MAP. En el CS Illueca se creará una hoja de registro para los pacientes derivados. También se podría obtener la información dentro de la Valoración de la Concordancia, en el registro de si se deriva a consulta de medicina, si o no.

INDICADORES

1. Alcanzar el 60% de pacientes ancianos polimedocados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1218

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA

La fuente de la que se extraerán os datos será OMI - AP y eReceta

Se alcanzará el 60 % de pacientes revisados con un límite inferior del 40%.

El registro de la revisión se realizara mediante la evaluación de los DGP:

- Adherencia: DGP "CTMORSKY".
- Adecuación: DGP "AD_TERA" (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia)

2. Revisar en consulta de medicina el 80% de pacientes polimedicados >75 años que han sido derivados por enfermería por mala adherencia y adecuación al tratamiento.

La fuente será la hoja de registro o mediante el OMI-AP (dentro de la valoración de la adecuación, en la pestaña que pregunta si derivación a consulta de medicina si o no).

Se alcanzará un valor del 80%.

DURACIÓN

Fecha de comienzo: enero 2019

Fecha de fin: Diciembre 2019

2º trimestre del año: Sesión a todo el equipo de la ZBS después de mandar el Proyecto a la plataforma, para explicar los objetivos, las actividades y el correcto registro en OMI-AP.

3º trimestre del año: Sesión de seguimiento de los valores alcanzados hasta ese momento. Obtención de los datos mediante el cuadro de mandos del centro.

Diciembre 2019: valoración de los resultados obtenidos y cifras de mejora respecto a los datos del año anterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURROS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARCOS CEBOLLA POLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOS ROYO BERTA
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó en formato papel el modelo de derivación de avisos
Se explicó el programa a las enfermeras de At Primaria del CS de Morata de jalón
Se comenzó la realización en marzo del 2017 y finalizó el 31 diciembre del 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se comenzó la realización en marzo del 2017 y finalizó el 31 diciembre del 2017
Dos de las tres enfermeras derivaron siempre sus avisos a domicilio a través del modelo
Durante esos meses, se realizaron un total de 43 avisos, mediante el modelo, derivados de enfermería de at primaria a los EAC en el cupo de Morata de jalón-Chodes
Durante esos meses, se realizaron 19 avisos, mediante el modelo, derivados de enfermería de at primaria a los EAC en el cupo Sta Cruz-Tobed-codos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se mejoró la comunicación y el registro de los avisos a domicilio programados durante dines de semana y festivos
Cumpliendo con el modelo, no hubo ningún percance en ubicación del paciente, días en los que se solicitaba la atención, y material a emplear durante la misma.
No hubo omisiones en el registro

7. OBSERVACIONES.
Si se incluyera en OMI-ap el modelo de derivación de avisos a domicilio, podría fácilmente en todos los centros de salud del sector, reducir errores u omisiones en las curas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/65 ===== ***

Nº de registro: 0065

Título
MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
CEBOLLA POLA MARCOS, SOS ROYO BERTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda persona tributaria de precisar Asistencia Domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La correcta derivación de domicilios programados es básica para garantizar una Continuidad de Cuidados de calidad. El personal de Enfermería de Atención Continuada debe disponer de información detallada con el fin de evitar la variabilidad en el procedimiento a realizar durante la asistencia.
El personal de Enfermería de At. Continuada se enfrenta a multitud de dificultades para realizar los avisos; En primer lugar en ocasiones no puede acceder a OMI-AP al no estar dado de alta en el Consultorio correspondiente, por lo que sólo dispone de la información que le deje apuntada la Enfermera/o de cupo. A veces ahí radica el segundo problema; Papel escrito a mano, "post-it", avisos impresos sin apuntar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

medicación o material necesarios, no dejar constancia en periodos estivales prolongados qué día o días se debe acudir al domicilio, etc. A estas situaciones hay que añadir que en las curas a domicilio de larga duración, los datos que se obtienen de los registros en el episodio correspondiente se vuelven más imprecisos con el tiempo ("Consulta sucesiva: Cura úlcera"), obviando aspectos importantes como cambio de medicación por mala evolución, aparición de exudado, reacciones alérgicas locales secundarias al apósito, etc. Muchas veces esa información contradictoria genera incertidumbre en el paciente y la familia, creándose discrepancias entre el modo en que la Enfermera/o de Atención Continuada pensaba realizar el procedimiento y el modo "real" en el que se lleva a cabo por su profesional de cupo. La creación de un modelo único de derivación de avisos a domicilio, permitiría de una forma muy visual, disponer de toda la información administrativa y técnica necesaria para facilitar la correcta Continuidad de Cuidados de los pacientes durante fines de semana y festivos, y a su vez mejorar la eficacia y eficiencia en la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Garantizar la correcta Continuidad de Cuidados de aquellos pacientes que requieran asistencia domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada.
2. Evitar la aparición de errores u omisiones que retrasen y perjudiquen la evolución del proceso del paciente.
3. Mejorar la comunicación entre Enfermería del EAP y la de Atención Continuada mediante el seguimiento conjunto de pacientes tributarios de asistencia domiciliaria.
4. Aumentar la eficiencia de los Cuidados de Enfermería mediante la reducción de la variabilidad del material empleado y su cuantía, disminuyendo por lo tanto el coste.

MÉTODO

La medida principal radica en la creación de un modelo estándar para la derivación de pacientes, que para mayor comodidad podría ser incluido en OMI-AP en la sección de "Plantillas". Se acordaría con el Personal de Informática el modo de añadirlo.

Como se viene realizando, la derivación de los avisos a domicilio durante los fines de semana y festivos correrá a cargo del Enfermero/a del EAP, quien de una manera rápida y segura, puede añadir con un simple "click" todos los datos antes de su impresión en papel. MODELO DE DERIVACIÓN DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____
Población _____ Teléfono _____ Dirección Alergias _____

MOTIVO DE LA ASISTENCIA

CURA ?
Tipo de Lesión _____ Herida? _____ Úlcera por Presión? _____ Úlcera Vacular? _____ Otros? _____
Localización _____ (Desplegable)
Exudado _____ Nulo? _____ Escaso? _____ Moderado? _____ Abundante? _____
Limpieza/Desinfección _____ *Suero Fisiológico? _____ *Povidona Yodada? _____ *Clorhexidina? _____ *Otro? _____
Procedimiento _____
Observaciones _____

INYECTABLE ?

Medicación _____
Vía de Administración _____ IM ? SC? IV? ID? Otra? _____
Observaciones _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ?

Sonda vesical? _____ Sonda Nasogástrica? _____ Vendaje? _____ Sutura? _____ Otros? _____
Técnica _____ Lavado? _____ Cambio? _____ Colocación? _____ Retirada? _____ Otro? _____
Observaciones _____

MATERIAL

Domicilio? _____ Centro de Salud? _____

PERIODICIDAD

Lu? _____ Ma? _____ X? _____ Ju? _____ Vi? _____ Sá? _____ Do? _____ Diaria incluso festivos? _____

INDICADORES

- Indicadores:
- Cumplimentación adecuada del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio por todo el Personal de Enfermería del EAP
- Utilización del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio en horario de Atención Continuada por todos los profesionales.
- Encuesta de Satisfacción que se creará a tal efecto enviada a aquellos profesionales que hayan usado dicho modelo en 2017.

DURACIÓN

Fecha de Inicio 1/ Enero/ 2017
La implantación del Modelo de Derivación, tendría una duración de un año, donde se estudiarían el número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

total de avisos y características para poder evaluar el grado de eficacia de la medida.

OBSERVACIONES

Modelo realizado en formato ".odt" que se puede enviar para una mejor visualización, ya que está diseñado mediante ítems y casillas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE PASCUAL GONZALVO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER

RUIZ CASADO MARIA PILAR

TEJEDOR SANJOSE ROSARIO

MARTI GUILLEN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar se realizó una sesión mediante intervención y explicación del responsable del proyecto con exposición en power-point del sistema de citación en OMI, y en concreto de la citación mediante alta rápida, así como de la búsqueda de pacientes en el fichero de OMI tanto de pacientes activos como en el histórico, de manera que los profesionales iniciasen sistemáticamente el mecanismo de búsqueda y/o alta rápida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Situación de indicadores.

Para el período comprendido entre el 1 de junio de 2017 y el 31 de octubre de 2017, el resultado de los indicadores asumidos ha sido:

1- Número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM
valor estándar: 80%
límite inferior 30%
límite superior 90%
indicador obtenido 57%

2- Número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / número de pacientes atendidos en UrgCSM.
Indicador obtenido 17%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se constata que la sistemática de apertura de alta rápida por los profesionales tanto médicos como enfermeras, es asumida sin problemas, aunque en ocasiones se sigue registrando la actividad en paneles de "PACIENTE DESPLAZADO URGENCIAS" o similares, que se usaban anteriormente y que se tratan de evitar mediante la presente acción.

El registro queda visible mediante el acceso a la agenda de citaciones de urgencias de cada día, mediante la inscripción "DESPLAZADO" en el apartado de observaciones. Se observa que esta circunstancia no se cumple en todos los registros, y además la no cumplimentación de la misma imposibilita la búsqueda posterior. Por ello se impone una auto-corrección de la sistemática de registro para la captura de los registros, que en este momento no es posible por las limitaciones de OMI en cuanto a recuperación y explotación de datos por parte del EAP. Desconocemos si es así también por Servicios Centrales u operadores del sistema.

7. OBSERVACIONES.

Análisis.

Ambos indicadores están dando resultados que podemos considerar como esperados, si bien en el indicador 1 consideramos que tras varios meses en funcionamiento, y teniendo en cuenta la experiencia adquirida en 5 meses de aplicación, debería en lo sucesivo acercarse más al límite superior, El indicador 2, se ajusta bastante al esperado que era de un 15%.

Dado que el seguimiento se va a realizar todavía durante otros 19 meses, se espera obtener datos de evolución más precisos en cuanto se avance en el mismo, y más concretamente cuando se alcance los 12 meses, pues entonces ya se dispondrá de una visión sin el sesgo de estacionalidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1218 ===== ***

Nº de registro: 1218

Título

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

Autores:
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL, NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER, MARIN LAZARO RAQUEL, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, el registro en OMI de la atención en urgencias en el Centro de Salud de Morata de Jalón (UrgCSM), por las limitaciones de OMI en cuanto a incorporación de datos de los mismos, no sigue unos cauces unificados, utilizando en unos casos la apertura de historia clínica mediante alta rápida y en otros en la apertura directa de episodio diagnóstico en tapiz común a múltiples pacientes. En el primer caso, los pacientes quedan en la base de datos de OMI en un único tapiz con datos básicos de filiación, pero incrementa los denominadores en la evaluación de los indicadores asistenciales de la Zona de Salud en el caso de que estos no se cierren inmediatamente. En el segundo caso los pacientes no incrementan los denominadores, pero es imposible la cuantificación de los mismos, resultando además muy difícil su búsqueda posterior. Además se observa que el registro de estos pacientes tiene una gran variabilidad en cuanto a filiación, descripción de la atención, definición de la misma y forma de archivo, lo que dificulta primero una explotación de los datos de los mismos, así como su localización posterior en caso de necesidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la seguridad clínica en la atención a los pacientes desplazados
- Registrar de manera homogénea los pacientes desplazados de otra zona básica de salud
Se pretende conseguir que en los pacientes desplazados atendidos en urgencias en el Centro de Salud, tanto los datos de filiación del paciente así como los datos clínicos obtenidos en la atención prestada sigan unos cauces homogéneos de registro en cada uno de ellos, que faciliten verificaciones posteriores.
- Mantener la base de datos del histórico de OMI
Así también el mantenimiento en el histórico de OMI de una base de datos propios de centro que pueda servir en posteriores contactos del paciente con el CS.

MÉTODO
Registro sistemático de los mismos, utilizando la apertura de historia clínica en OMI mediante alta rápida, procediendo a su cierre inmediato pasándola al histórico.
Formación: 2 sesiones formativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada
Recursos previstos: nº de reuniones, recursos materiales (cañón, ordenador,..)
Cambios previstos: mejor asistencia al desplazado.

INDICADORES
1- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM. (% pacientes desplazados con registro de actividad en OMI)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80% de los desplazados.
- Límite inferior: 30%
- Límite superior: 90%
2- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / Nº de pacientes atendidos en UrgCSM .(% de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM)
Estimación de situación actual:
Indicador 1 : -sin datos anteriores-
Indicador 2 : 15%
Fuente de Datos: Agenda de UrgCSM

DURACIÓN
1 al 31 de mayo de 2017: realización de 2 sesiones informativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada, por Pascual Gonzalvo Sánchez y Raquel Marín Lázaro.

1 de junio de 2017: inicio de la actividad.

31 de mayo de 2019, finalización. Duración 2 años.

Evaluación: del 1 al 30 de junio de 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE LOURDES MARTI GUILLEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO
SOS ROYO BERTA
CEBOLLA POLA MARCOS
RAQUEL MARIN LAZARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aunque nos habíamos fijado periodos de evaluación cuatrimestrales, cuando llegó el momento de evaluar nos pareció más operativo hacer dos evaluaciones, dado que habíamos iniciado comenzado el año.

Desarrollo de las actividades primera evaluación
Durante el periodo de la primera evaluación (desde el 7-03-2017 al 31-07-2017) se ha hecho seguimiento de todas las incidencias identificando el nombre del paciente para identificar por qué se había cometido el error, si por desconocimiento de los tubos que había que poner o por alguna otra razón.

Desarrollo de las actividades segunda evaluación
Durante la segunda evaluación (desde el 1-08-2017 al 28-11-2017) se hizo seguimiento de todas las incidencias, pero solo en parte de este periodo se identificó al paciente, ya que se determinó que el trabajo que hacer esto llevaba consigo no mejoraba sustancialmente nuestros objetivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores primera evaluación:

Porcentaje de muestras de orina que no aporta el paciente ...3.17% (96.83)
Porcentaje de excesos de tubos en las determinaciones habituales ...3.14% (96.86)
Porcentaje de ausencia de tubos ...2.01% (97.99)
Porcentaje de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio...0.44% (99.6)

En todos los casos se ha superado el valor a alcanzar que era del 90%, por lo que en ésta evaluación hemos conseguido los objetivos.

Indicadores segunda evaluación:

Porcentaje de muestras de orina que no aporta el paciente...4.61% (95.39)
Porcentaje de excesos de tubos en las determinaciones habituales...3.74% (96.26)
Porcentaje de ausencia de tubos...2.14% (97,86)
Porcentaje de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio...0% (100)

En todos los casos se ha superado el valor a alcanzar que era del 90%, por ello, en esta evaluación también hemos conseguido el objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El número aproximado de tubos de sangre utilizados ha sido de 2062 y de orina 778 durante el periodo que comprenden las dos evaluaciones.

Consideramos que debemos mejorar, para lo que es necesario, por una parte prestar más atención a la hoja de analítica, en el momento de hacer la extracción y por la otra asegurarnos de los tubos que corresponden si tenemos duda.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS, POR ENFERMERIA

Autores:
MARTI GUILLEN LOURDES, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO, SOS ROYO BERTA, CEBOLLA POLA MARCOS, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Recibimos todas las semanas dichas hojas. Habitualmente hay dos tipos de errores: faltan tubos o sobran tubos. Cuando faltan tubos alguna prueba es probable que no haya podido hacerse. Si sobran tubos hay un gasto innecesario. Si buscamos en los volantes de OMI por qué ha habido dichas incidencias, mejoraremos la calidad de las extracciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento de las muestras necesarias para los distintos perfiles y pruebas
Establecer feed-back con los compañeros del laboratorio cuando el error viene de allí
Mejorar la cadena del procedimiento en beneficio del paciente
Hacer las extracciones a un coste menor
Reducir el número de incidencias un 40%

MÉTODO

6.1. Determinar la causa de las incidencias:

Orina de 24 horas que no trae el paciente y a pesar de especificarlo en la hoja enviada al laboratorio, en la de preanalíticas consta como que falta
Exceso de tubos en determinaciones no habituales
Falta de tubos
En el laboratorio, no recogida de muestra de la nevera o pérdida de la misma
Otras

6.2. Las actividades a realizar son:

- Semanalmente, repaso de la hoja de incidencias preanalíticas buscando con el código, en el volante del paciente y nuestras anotaciones en la hoja CA(E)_L-BQ (listado de extracciones) para encontrar la causa de los errores.

6.3. Procedimiento de corrección una vez determinada la causa:

Búsqueda en el listado de perfiles CA(E)E_L-BQ
Anotación en dicho listado si ha habido variación en los perfiles
Identificación del paciente
Buscar en OMI petición de analítica
Valorar la necesidad de contactar con el paciente para nueva determinación

6.4 Recursos previstos:

- Hoja de incidencias preanalítica, listado de extracciones, listado de perfiles, OMI.

6.5. Cambios previstos:

Vamos a mejorar la mejorar la eficiencia del servicio de extracciones en el Centro de Salud

INDICADORES

% muestras de orina que no aporta el paciente (nº de pacientes sin muestras de orina de 24 horas sobre el total de pacientes)

- Valor a alcanzar (estándar) el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% excesos de tubos en las determinaciones habituales (nº de analíticas con tubos en exceso sobre el total de tubos habituales)

- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% de ausencia de tubos (nº de analíticas con tubos ausentes sobre el total de analíticas)

- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%?
- Límite superior: 80%

% de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio (nº de muestras no recogidas sobre el nº de muestras enviadas)

- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Fuente de datos: listado de perfiles, hojas de preanalíticas, web del laboratorio, petición de analíticas OMI
Inicio desde la hoja de preanalíticas del 14 de marzo
La evaluación se hará repasando todas las hojas de preanalíticas y las anotaciones que hayamos puesto en ellas.

DURACIÓN

Determinar la causa de las incidencias:

Martes, después de enviar las analíticas, se revisarán las hojas de preanalíticas de la semana anterior. La revisión la harán Lourdes Martí y Raquel Marín, en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)

Actividades a realizar:

Los martes, repaso hoja preanalíticas, revisión petición de analítica del paciente (si es necesario), buscar en OMILAB, la revisión la hará Lourdes Martí, en caso de ausencias de ella Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)
Procedimiento de corrección

Los martes, Lourdes Martí Guillén, Rosario Tejedor Sanjosé, Raquel Marín Lázaro en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla EAC del CS)

Fecha prevista inicio: El año en curso

Fecha prevista finalización: Diciembre 2017.

Autoevaluación en julio y en diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GISTAS QUILEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN
JABBOUR NEEMI ISSA
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, se planteó realizar el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra Zona Básica de Salud (Morata de Jalón), si bien a petición del claustro de profesores se hizo extensible a todo el CRA (incluido el alumnado de las poblaciones del Frasnó) pertenecientes al vecino Centro de Salud de Sabiñán.

Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.

Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que compartan un mismo entorno físico y socio-cultural. El Colegio Rural Agrupado "Vicort - Isuela" está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasnó con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela). La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasnó. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasnó, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas. Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizó un taller con exposición teórica y práctica de temas sobre: prevención de riesgos y accidentes, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constando pues, de estas tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

La parte teórica se realizará con una exposición mediante montaje de diapositivas de Power Point, esquemática y con ilustraciones para la fácil comprensión de niños y profesores. Los temas que se tratarán serán:

- a) Prevención de riesgos, orientado sobre todo a los más pequeños, con dibujos sobre aquello que se debe y no se debe hacer para prevenir accidentes. En este apartado incluimos:
 - 1) Prevención de accidentes domésticos (enchufes, escaleras, fuego, actividades en la cocina, ingestión de productos tóxicos, medicamentos,, productos de limpieza...etc)
 - 2) Prevención de accidentes y daño ocasionado por vehículos (mirar a ambos lados de la calzada antes de cruzar, uso de cinturón de seguridad, utilización de casco con la bicicleta...
 - 3) Respeto de las señales de peligro, en la playa, en la piscina, en zonas de recreo...
 - 4) Pedir ayuda a los mayores para la realización de tareas peligrosas, como el uso de tijeras, coger objetos punzantes, cocinar...
 - b) Primeros auxilios:
 - 1) Definición y principios generales.
 - 2) Situaciones de emergencia que podemos encontrarlos y actuación en cada caso. En este apartado se explica cómo actuar en caso de una situación de inconsciencia, si respira o no y si está o no en parada cardio-respiratoria, incluyendo aquí la posición lateral de seguridad, actuación ante un atragantamiento (maniobra de Heimlich).
 - 3) Hemorragias: Actuación según gravedad, incidimos en el manejo de las hemorragias más comunes: epistaxis, etc.
 - 4) Insolación, protección solar.
 - 5) Contusiones, actuación.
 - 6) Fracturas: tipos y actuación.
 - 7) Quemaduras.
 - c) Práctica con muñecos: para lo cual dispondremos de maniqués para RCP de adulto y pediátrico con los que se practicarán la puesta en marcha de la cadena de supervivencia y maniobras de reanimación cardiopulmonar así como situación de urgencia que nosotros propongamos. Los muñecos se solicitaron a la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, que nos los cedió de forma gratuita.
- Material utilizado:
-Ordenador y cañón proyector, muñecos de RCP (Anne y Baby Anne), colchonetas y esterillas, alcohol y gasas para limpiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La realización de la actividad se planificó de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Se realizó durante el día 5 de mayo, viernes, en la jornada de convivencia que se celebró en las instalaciones del colegio de El Frasnó. La actividad comenzó las 10 de la mañana.

La duración del taller fue de una hora y media por cada grupo de escolares, realizándose un total de tres talleres distribuidos por edades. Infantil, primer ciclo de primaria y segundo ciclo de primaria, durante toda la jornada.

POBLACIÓN DIANA A LA QUE SE IMPARTIÓ EL TALLER

- EDAD. Niños de infantil y primaria del C.R.A. (Centro Rural Agrupado) Vicort-Isuela
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Objetivo población general
- Enmarcado en la línea estratégica de Atención Comunitaria: PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

Indicadores propuestos:

-Niños participantes /Total de niños del CRA.
55 escolares participantes/ 58 niños en total

-Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.

NIÑOS ASISTENTES TOTAL NIÑOS POBLACIÓN

14 14 Mesones

5 6 Arándiga

13 13 El Frasnó

7 7 Tobed

16 18 Codos

-Niños por edades participantes/total de niños

Infantil Total infan 1er cicl pirmar Total 1er cicl

asistent asistentes

12 12 15 16

2º cicl primaria Total 2º ciclo TOTAL ASISTENTES

asitent

28 30 55

-Profesores asistentes. 14 profesores

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tuvo similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

Del total de profesores asistentes 14, sólo se recibieron 7 encuestas sobre el taller.

Estos son los resultados:

1.- En cuanto al desarrollo del curso, te encuentras (satisfacción):
Nada Poco Bastante 5 Mucho 2

2.- En cuanto a la utilidad del mismo para tu trabajo, lo consideras:
Nada Poco Bastante 5 Mucho 2

3.- En cuanto a la utilidad para los niños lo consideras:
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

4.- ¿Consideras adecuado el lugar y entorno donde se ha realizado?
Nada Poco 1 Bastante 5 Mucho 1

5.- ¿Consideras clara la exposición del tema?
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

6.- ¿Consideras adecuado el material utilizado?
Nada Poco Bastante 2 Mucho 5

7.- Consideras el contenido del taller:
Insuficiente Adecuado 5 Excesivo 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

8.- Considerarías interesante la realización de este tipo de taller adaptado al profesorado?
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

9.- Sugerencias sobre aspectos de este taller o temática que pudiera interesar a alumnos y docentes para otros talleres... (pregunta abierta).
Curas, inmovilizaciones, actuaciones básicas, mareos...etc.

-Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constó de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre: Nada, poco, bastante o mucho.

Respondieron a la encuesta un total de 31 niños.

- 7 niños de infantil de 12 asistentes.

- 9 niños de primer ciclo de primaria de 15 asistentes.

- 15 niños de segundo ciclo de primaria de 28 asistentes.

1.- La actividad que hemos realizado me puede servir en caso de necesitarlo:

Nada Poco Bastante 3 1 6 Mucho 4 8 11

2.- El material utilizado, las diapositivas, los muñecos me han gustado:

Nada Poco Bastante 3 2 7 Mucho 4 6 9

3.- He aprendido lo importante que es evitar accidentes que pudieran hacerme daño:

Nada Poco Bastante 4 3 6 Mucho 2 6 11

4.- He aprendido el número de emergencias para avisar ante un peligro o accidente:

Nada Poco Bastante 6 Mucho 7 9 11

5.- He aprendido cosas que antes no conocía: como qué es una parada cardiaca:

Nada Poco 4 1 Bastante 1 5 7 Mucho 2 5 8

6.- He aprendido qué hay que hacer si alguien se atraganta.

Nada Poco 2 3 Bastante 3 3 3 Mucho 2 3 14

7.- He aprendido qué hacer si alguien pierde al consciencia (se desmaya).

Nada Poco 4 4 Bastante 1 2 3 Mucho 1 3 14

8.- He aprendido cómo debo actuar ante una quemadura.

Nada Poco 3 1 2 Bastante 1 4 7 Mucho 3 4 8

9.- He aprendido cómo se pueden curarlas heridas.

Nada 1 Poco 1 2 1 Bastante 2 3 3 Mucho 3 4 13

10.- En general: ¿te ha gustado la actividad que hemos realizado?

Nada Poco 1 Bastante 1 4 Mucho 6 8 13

Como aportación de un docente:

Para niños de infantil es difícil la gradación propuesta en las respuestas (diferenciar entre bastante y mucho).

Para rellenar la mayoría de los ítems se les preguntó a los niños qué hacer ante estas situaciones) para la mejor comprensión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, nuestra parte, se ve que si bien se facilitó la realización de la actividad en una jornada, el apretado horario dificultó la realización de un diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar o exponer sus dudas. Al mismo tiempo dificulta la adaptación de los contenidos para las diferentes edades no disponer de este tiempo. El espacio físico quizás quedó pequeño para moverse con comodidad a la hora de la realización de la práctica.

La realización de las encuestas por parte de los profesores fue de un 50%, por lo que perdemos un feed-back interesante para la organización de estas actividades. Podían haber tenido un papel más dinámico en el taller. La participación en la realización de las actividades por parte de los niños fue activa y atenta y su participación entusiasta, la realización de las encuestas fue mayor en los escolares que por parte de los profesores y se toma nota de la necesidad de adaptar las respuestas especialmente en el tramo de menos edad.

Aspectos como el aprendizaje del número de emergencias 112 y la prevención de accidentes resultan claves.

Conceptos como la parada cardíaca en los más pequeños cuesta entender. En general la actividad gustó a la mayor parte de los niños mucho.

Los docentes consideran interesante (bastante y mucho) realizar la actividad de forma específica para ellos.

Tienen interés en aspectos como manejo de heridas, inmovilizaciones, mareos, etc.

La realización de estas actividades comunitarias se ve facilitada por la apuesta por las mismas por parte de la administración Aspectos organizativos como los desplazamientos, consecución del material, etc, siguen dependiendo de una dosis de voluntariedad de los miembros del equipo participantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1374 ===== ***

Nº de registro: 1374

Título
MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, JABBOUR NEEMI ISSA, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Objetivo población general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.

La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen. El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.

Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo. Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Población a la que se dirige el taller:

En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.

Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.

El Colegio Rural Agrupado "Vicort - Isuela" está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasnó con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).

La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasnó. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasnó, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.

Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

MÉTODO

Se realizará un taller con exposición teórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

INDICADORES

Indicadores propuestos:

- Niños participantes /Total de niños del CRA
- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
- Niños por edades participantes/total de niños
- Profesores asistentes.
- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.
- Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN

La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.
Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.
La duración del taller será de dos horas seguidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CASADO MARIA PILAR
MARIN LAZARO RAQUEL
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Iniciar en el adiestramiento sobre prevención de accidentes, primeros auxilios y maniobras de RCP en la población escolar del CEIP LUCAS ARRIBAS, durante el año 2018, como proceso iniciado en atención a las escuelas de nuestro Centro de Salud de Morata de Jalón. Esta actividad fue iniciada en el curso 2017 con la impartición del taller a los escolares del CRA (Centro Rural Agrupado) Isuela Vicort.

Se realizó un taller con exposición teórica con montaje de diapositivas y práctica en prevención de accidentes, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) y la cumplimentación de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

La parte teórica se realizó con una exposición mediante montaje de diapositivas. La práctica con maniqués para RCP de adulto y pediátrico.

se realizó el 19 de junio del 2018, durante toda la mañana. La duración del taller aproximada fue de una hora y media por cada grupo de escolares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Niños participantes /Total de niños del CEIP Asistieron la totalidad de niños de la escuela. 54 niños. INFANTIL: 18 niños y niñas: 9 alumnos de 5 años. 9 alumnos de 3 y 4 años. PRIMER Y SEGUNDO CICLO DE PRIMARIA (de 1º a 4º cursos): 12 alumnos. TERCER CICLO DE PRIMARIA: 24 alumnos.

Profesores asistentes. Asistieron un total de 5 profesores.

Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tiene similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Consta de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre: Nada, poco, bastante o mucho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, por nuestra parte, vemos que si bien se facilita la realización de la actividad en una jornada, el apretado horario dificulta la realización de un diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar o exponer sus dudas. Al mismo tiempo dificulta la adaptación de los contenidos para las diferentes edades no disponer de este tiempo.

La asistencia y realización de las encuestas por parte de los profesores fue muy pobre y se pierde la oportunidad de conocimiento mutuo y ofertar al profesorado talleres específicos para ellos. También podían haber tenido un papel más dinámico en el taller, la preparación de estos aspectos en clase puede ayudar a la mejor comprensión de algunos conceptos como parada cardio-respiratoria, atragantamiento.

La participación en la realización de las actividades por parte de los niños fue activa y atenta y su participación entusiasta. Aspectos como el aprendizaje del número de emergencias 112 y la prevención de accidentes, resultan claves. Conceptos como la parada cardíaca en los más pequeños cuesta entender. En general la actividad gustó a la mayor parte de los niños mucho.

Aspectos organizativos como los desplazamientos, consecución del material, etc, siguen dependiendo de una dosis de voluntariedad de los miembros del equipo del centro de salud participantes.

Resulta necesario que una vez se ha comenzado esta relación entre las escuelas: la del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA y CEIP LUCAS ARRIBAS de la Zona Básica de salud de Morata de Jalón, se pueda establecer un contacto más cercano que permita interactuar con comunidad educativa y coordinarnos para la realización de futuros talleres de formación para escolares, docentes y/o padres y madres.

7. OBSERVACIONES.

No se incluyen los resultados de la encuesta y el test de conocimientos por falta de espacio.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1374 ===== ***

Nº de registro: 1374

Título
MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

Autores:

GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, JABBOUR NEEMI ISSA, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Objetivo población general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.

La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.

El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.

Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo. Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Población a la que se dirige el taller:

En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.

Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.

El Colegio Rural Agrupado "Vicort - Isuela" está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasno con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).

La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasno. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasno, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.

Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

MÉTODO

Se realizará un taller con exposición teórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

INDICADORES

Indicadores propuestos:

- Niños participantes /Total de niños del CRA
- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
- Niños por edades participantes/total de niños
- Profesores asistentes.
- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN

La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.

Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.

La duración del taller será de dos horas seguidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE EVA LACORT BELTRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO
NAVARRO LOPEZ JAVIER
ABAD TUDELA CORO
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se trata de la continuación del proyecto iniciado en 2017 para la difusión de las maniobras de RCP y manejo del DESA en la población adulta del ámbito rural.
El primer taller se realizó en la población de Codos y a través del Consejo de Salud se dio a conocer en el resto de poblaciones de la Zona básica de Salud del CS de Morata de Jalón. Programándose para el año 2018 el taller de Mesones de Isuela, población en la que se realizó el día 4 de marzo del 2019.
En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. La Zona Básica de salud de Morata de Jalón: Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.
Se utilizaron torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños. Se utilizaron también: ordenador portátil y cañón de vídeo del Centro de Salud, fotocopias de carteles y encuestas. Se utilizaron las instalaciones del ayuntamiento, la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.
Se realizó una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar. En una segunda parte se realizaron las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.
Se describen las siguientes situaciones:
-Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
-Identificación situación de inconsciencia y principales causas.
-Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
-Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias.
-Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc.
-Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich.
-Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de talleres realizados por consultorio de cabecera. Un taller realizado en Mesones de Isuela.
Nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona. Total de participantes 17 de una población censada de 281 habitantes en 2018 (tarjetas sanitarias 200). Media de edad de 57,3 años, edades comprendidas entre 21 y 69 años. De los 17 participantes del taller, 16 fueron mujeres y un varón.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados. Se detalla a continuación el test realizado. En general los participantes valoraron como bastantes o muchos los conocimientos adquiridos en realización masaje cardíaco, apertura de vía aérea, número de emergencias, posición lateral de seguridad o maniobra de Heimlich.
Encuesta de satisfacción de usuarios. Se detalla a continuación. Se recibieron 17 encuestas. La mayor parte de los participantes consideraron muy útil y muy necesaria su impartición.
Se sugirieron otros temas a tratar: Heridas sangrantes, espalda sana, hipertensión, cáncer de mama (autoexploración,...), diabetes, repetición del taller de RCP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este tipo de talleres resulta de sumo interés para la población y los docentes. La participación en el taller así lo demuestra.
La realización del taller por la tarde facilitó la asistencia de los participantes.

En general el nivel de conocimientos adquiridos ha sido valorado como bastante y mucho por parte de los asistentes: pérdida de consciencia, cómo se realiza apertura de vía aérea, el lugar del tórax donde se realiza el masaje cardíaco.

El grado de satisfacción también ha sido muy alto y consideran en su mayor parte, muy útil la realización de este tipo de taller para el ámbito rural en el que viven y desarrollan su actividad.

Para el equipo del centro de salud supone una oportunidad de contacto y relación con los pacientes en otro ámbito fuera de la consulta generándose mayor vínculo con los pacientes así como una oportunidad de mejorar la asistencia en una situación de emergencia como es la parada cardio-respiratoria.

Se plantea continuar con adiestramiento de la población adulta en otras localidades en las que se adquieran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

D.E.S.A. asociaciones deportivas de nuestra comunidad.

7. OBSERVACIONES.

HAN CAMBIADO RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN INICIAL, ALGUNOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE CALIDAD ASÍ COMO LA COORDINADORA DEBIDO A CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN, TRASLADOS, ETC, EN EL CENTRO DE SALUD.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1375 ===== ***

Nº de registro: 1375

Título
CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, JABBOUR NEEMI ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general rural
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codós), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimiento de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núcleos rurales del Centro de Salud. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO

Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilización de torsos- maniqués Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración aproximada será de una hora y media cada taller.
Se prevé realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

participantes por taller (15-20).

INDICADORES

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:

- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
- Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
- Encuesta de satisfacción de usuarios.
- Encuesta satisfacción de profesionales.

DURACIÓN

La duración arroximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).
Se prevee un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JABBOUR NEEMI ISSA
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DETECCION DEL PROBLEMA Y LA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardiaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras.

De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

La Zona básica de salud de Morata de Jalón:

Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos.

El taller de RCP y manejo de D.E.S.A. se realizó en la fecha del 19 de diciembre del 2017 en la población de Codos, a las 12:30 horas en el local del Centro de Día. Se comienza en Codos, al ser ésta la primera población en la que se ha dispuesto de desfibrilador semiautomático.

El taller tuvo una duración aproximada de una hora y media. Se realizó la difusión fundamentalmente mediante bandos y carteles en diferentes lugares de la población: Ayuntamiento, residencia de ancianos, puerta del consultorio, tienda local.

Se utilizaron torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños.

Se utilizaron las instalaciones del ayuntamiento con la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.

Se utilizaron también los ordenadores portátiles personales de los docentes así como el cañón de vídeo del Centro de Salud de Morata de Jalón. Las fotocopias para los carteles y las encuestas también se realizan en el centro de salud.

Los desplazamientos (coste en combustible) corrieron a cargo de los docentes por ausencia de financiación específica.

CONTENIDO DEL TALLER: (Anexo III)

Se realiza una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar, para lo cual se utiliza ordenador portátil personal y cañón de vídeo del centro de salud. En una segunda parte se realizan las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.

En cuanto a los contenidos de la exposición:

Se incide en la relevancia del tema: prevalencia, la dispersión en nuestra Zona básica de Salud, así como la definición de cadena de supervivencia y la importancia de la activación precoz.

Se describen los protocolos del Consejo Europeo de Resucitación con las últimas recomendaciones del 2015.

Se describen las siguientes situaciones:

- Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
- Identificación situación de inconsciencia y principales causas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

- Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
- Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias. Visualización de vídeo con respiración tipo "gasping".
- Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc. Visualización de vídeo.
- Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich, visualización de vídeo.
- Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. OBJETIVOS PROPUESTOS E INDICADORES.

- Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
- Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia.
- Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:

- ? nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
- ? nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
- ? Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
- ? Encuesta de satisfacción de usuarios.
- ? Encuesta satisfacción de profesionales.

RESULTADOS.

En cuanto a los indicadores propuestos:

Nº de talleres realizados por consultorio de cabecera. En este caso un primer taller en la población de Codos. Nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona. Han acudido 21 personas, total de habitantes censados 226.

Participación por género: 16 mujeres y 5 hombres.

Edades medias de los participantes: Se han recogido sólo las edades de los participantes que rellenaron la encuesta de satisfacción (16) y el test de conocimientos (17). La edad media fue de 55.2, la edad mínima fue de 20 años y 77 el participante de más edad.

1. Nº de aprobados en el test/nº test realizados. Se adjuntan los resultados del test cualitativo.
2. Encuesta de satisfacción de usuarios. Se adjuntan los resultados.
3. Encuesta satisfacción de profesionales. Se adjuntan los resultados.

TEST DE CONOCIMIENTOS TALLER RCP ADULTOS Población 17 encuestas

Rodea la respuesta que consideres:

- | | | | | | | |
|--|------|------|----------|----|-------|----|
| 1.- He aprendido el número de emergencias para avisar ante un peligro o accidente: | Nada | Poco | Bastante | 2 | Mucho | 15 |
| 2.- He aprendido qué hacer si alguien pierde la consciencia (se desmaya) | Nada | Poco | Bastante | 5 | Mucho | 12 |
| 3.- He aprendido cuál es la posición lateral de seguridad | Nada | Poco | Bastante | 12 | Mucho | 5 |
| 4.- He aprendido cómo se abre la vía aérea | Nada | Poco | Bastante | 5 | Mucho | 12 |
| 5.- He aprendido qué es una parada cardiaca. | Nada | Poco | Bastante | 13 | Mucho | 4 |
| 6.- He aprendido en qué lugar del tórax se realiza el masaje cardíaco. | Nada | Poco | Bastante | 5 | Mucho | 12 |
| 7.- He aprendido la frecuencia de compresiones torácicas y ventilación. | Nada | Poco | Bastante | 9 | Mucho | 8 |
| 8.- He aprendido cómo se maneja el Desfibrilador Semiautomático. | Nada | Poco | Bastante | 12 | Mucho | 4 |
| 9.- He aprendido qué hay que hacer si alguien se atraganta (Maniobra de Heimlich) | Nada | Poco | Bastante | 9 | Mucho | 8 |
| 10.- En general: ¿te ha gustado la actividad que hemos realizado? | Nada | Poco | Bastante | | Mucho | 16 |

Sugerencias para mejorar: temas a tratar, etc...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES:

- Edad..... Varón ? 6 Mujer ? 10
- 1.- En cuanto a la realización de este curso-taller de reanimación cardiopulmonar usted se encuentra:
a. Nada satisfecho. b. Poco satisfecho. c. Bastante satisfecho. 6 d. Muy satisfecho. 10
- 2.- En cuanto a la utilidad de realizarlo en la zona rural, en su lugar de trabajo, etc. lo considera:
a. Nada útil. b. Poco útil. c. Bastante útil. 1 d. Muy útil. 15
- 3.- En cuanto a los aspectos organizativos:
- 3.1. Usted considera el lugar y el entorno donde se ha realizado:
a. Nada adecuado. b. Poco adecuado. c. Bastante adecuado. 5 d. Muy adecuado. 11
- 3.2. Usted considera el material utilizado:
a. Nada adecuado. b. Poco adecuado. c. Bastante adecuado. 4 d. Muy adecuado. 12
- 3.3. Considera la exposición:
a. Nada clara. b. Poco clara. c. Bastante clara. 2 d. Muy clara. 14
- 3.4. Considera el contenido del curso:
a. Insuficiente. b. Adecuado. 15 c. Excesivo.
- 4.- Usted considera la realización de talleres similares con otros temas:
a. No necesaria. b. Poco necesaria. c. Bastante necesaria. 10 d. Muy necesaria. 5
- 5.- ¿Qué temas le gustaría se pudieran tratar en otros talleres?
- 6.- Si lo desea puede realizar alguna sugerencia o crítica que nos ayude a mejorar para futuros cursos, gracias

Sugerencias realizadas por parte de los participantes para la realización de otros talleres:
Primeros auxilios, traumatismos, más sesiones de RCP anualmente, cortes profundos y pérdida de miembros, curas, atención a mayores, hipo e hiperglucemias y crisis hipertensivas y episodios de hipotensión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La realización de este tipo de talleres resulta de sumo interés para la población y los docentes. La participación en el taller así lo demuestra.

En cuanto a la organización del mismo, el horario propuesto dificultó la asistencia de otros interesados que se encontraban en horario laboral.

Las instalaciones y la disposición del consistorio han hecho posible la realización del taller en un ambiente y medios adecuados, así como la difusión para la realización del mismo.

En general el nivel de conocimientos adquiridos ha sido valorado como bastante y mucho por parte de los asistentes: pérdida de consciencia, cómo se realiza apertura de vía aérea, el lugar del tórax donde se realiza el masaje cardíaco.

El grado de satisfacción también ha sido muy alto y consideran en su mayor parte, muy útil la realización de este tipo de taller para el ámbito en el que viven y desarrollan su actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1375 ===== ***

Nº de registro: 1375

Título
CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, JABBOUR NEEMI ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general rural
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codos), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimiento de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núcleos rurales del Centro de Salud. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO

Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilización de torsos- maniqués Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración aproximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).

INDICADORES

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:
nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
Encuesta de satisfacción de usuarios.
Encuesta satisfacción de profesionales.

DURACIÓN

La duración aproximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).
Se prevee un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA NAYA MATEU
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS MORATA DE JALON
 · Localidad MORATA DE JALON
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 RAMOS ROY MARIA ISABEL
 SOS ROYO BERTA
 PUERTAS CANTERIA ALFONSO
 TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO
 GONZALVO SANCHEZ PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tercer trimestre 2018

- Revisión de la base de datos de pacientes EPOC con criterios de inclusión (pacientes no dependientes y con accesibilidad) en el CS Morata de Jalón enviada por DAP.
- Revisión actualizada de los tipos de dispositivos y posterior realización de hojas explicativas de cada uno de ellos incluyendo la técnica inhalatoria.
- Búsqueda de material para la realización de las presentaciones en Powerpoint para los dos talleres.
- Diseño de la encuesta de satisfacción valorando duración, contenidos y objetivos alcanzados con pregunta abierta para sugerencias y comentarios.

Primer trimestre 2019

Se realizaron dos talleres de 2 horas de duración los días 1 y 6 de febrero con 5 y 11 pacientes respectivamente, citados previamente vía telefónica por la administrativa del Centro de Salud.

Los talleres constaron de dos partes:

- Una parte teórica, donde se hace un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria).
- Otra parte práctica, donde tras explicar los distintos tipos de dispositivos y la correcta técnica inhalatoria cada uno de los pacientes de forma individual practicó su manejo y uso correcto.

Posteriormente se cumplimentó el Taitest y la encuesta de satisfacción.

Al finalizar se hizo entrega, según el tipo de dispositivo de uso individual, de una hoja explicativa con la correcta técnica inhalatoria.

Como seguimiento para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hubieran podido surgir, se aconsejó citarse a los 15-20 días con la enfermera de su cupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

Se diseñan tres tipos de indicadores:

1. Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión participan en los 2 talleres / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 30%

Tras la realización de ambos talleres y a pesar de tratarse de una actividad que depende de terceros, se logra alcanzar un objetivo cercano al 30%, 27,12% (en el primer taller se alcanza un 8,47% de participación (5 pacientes) y en el segundo taller se alcanza un 18,65% (11 pacientes), sobre un total de 59 pacientes EPOC con criterios de inclusión obtenidos de la base de datos facilitada por DAP de Calatayud.

2. Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participan en ambos talleres. Objetivo: 60%

TALLER 1 (01/02/19)

Los resultados obtenidos sobre los pacientes que realizan un uso correcto de la técnica inhalatoria en los que participan 5 pacientes antes de la realización del taller fue del 40% (2 de los 5 pacientes hacen un uso correcto) pasando a ser un 80% tras la finalización del taller (4 de 5 pacientes hacen un uso correcto), por lo que se supera el objetivo o estándar propuesto del 60%.

En este primer taller se citaron en un principio un total de 8 pacientes, pero al final acudieron 5 por coincidencia con entierro en Morata de Jalón (curiosamente el fallecido era uno de los citados a este primer taller).

TALLER 2 (06/02/19)

Los resultados obtenidos sobre los pacientes que realizan un uso correcto de la técnica inhalatoria en los que participan 11 pacientes antes de la realización del taller fue del 45,45% (5 de los 11 pacientes hacen un uso correcto) pasando a ser un 63,63% tras la finalización del taller (7 de 11 pacientes hacen un uso correcto), por lo que se supera el objetivo o estándar propuesto del 60%.

Resaltar que en este segundo taller acudió de forma voluntaria (sin citación previa) una persona asmática al enterarse del taller con el objetivo de comprobar y reforzar si estaba haciendo un uso correcto de la técnica inhalatoria con su tratamiento del asma.

3. Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamientos con inhaladores (taitest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participan en ambos talleres. Objetivo: 50%

TAITEST	TALLER 1	TALLER 2
NIVEL DE ADHESIÓN	(5 Pacientes)	(11 Pacientes)
Buena (=50 puntos)	0	1
Media (46 - 49 puntos)	4	7
Mala (<=45 puntos)	1	3
TIPO DE INCUMPLIMIENTO		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Errático 3 9
Deliberativo 2 2
Inconsciente 0 0

En los resultados obtenidos en ambos talleres observamos que el grado de adhesión al tratamiento predominante es el intermedio (46-49 puntos) y el tipo de incumplimiento es el errático (paciente que olvida la toma de medicación).
Como se trata de una actividad que depende de terceros el seguimiento a los 15-20 días siguientes por la enfermera de cupo ha sido bajo (37,5% inferior a nuestro objetivo marcado del 50%, sólo acuden 6 de los 16 participantes en ambos talleres), por lo que no podemos sacar conclusiones o resultados finales en este indicador en cuanto al grado de adherencia y cumplimiento del tratamiento propuesto.
- Se elaboró una encuesta final de satisfacción en ambos talleres, con 10 items que se valoran de 1-5 (1: Insatisfacción total, 5: Satisfacción total) y una pregunta abierta para sugerencias.
La evaluación de la misma ha dado como resultado:
CONTENIDO
¿Los contenidos han cubierto sus expectativas?. Valor medio: 4,89.
¿Los temas se han tratado con la profundidad que esperaba?. Valor medio 4,89.
METODOLOGÍA / ORGANIZACIÓN
¿La duración del taller ha sido adecuada?. Valor medio: 4,78.
¿La metodología se ha adecuado a los contenidos?. Valor medio: 5.
¿Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) han sido adecuadas para facilitar el proceso formativo?. Valor medio: 4,78
PROFESIONALES
¿Los profesionales dominan la materia?. Valor medio: 5.
¿Los contenidos se han expuesto con la debida claridad?. Valor medio: 5.
¿Motiva y despierta interés en los asistentes?. Valor medio: 4,89.
VALORACIÓN / SUGERENCIAS
¿La información recibida es útil para el conocimiento y manejo de mi enfermedad?. Valor medio: 4,89.
Señale aspectos para mejorar la calidad de esta acción formativa: No hubo sugerencias.

OBJETIVOS ESPERADOS

- La mejora de la calidad de la formación en la técnica inhalatoria además de recordar la importancia de su adhesión al tratamiento terapéutico.
- Mediante el refuerzo de la educación sanitaria ayudar a mejorar la autonomía y el empoderamiento del paciente sobre su salud y como proceder ante síntomas de alerta lo que contribuirá a mejorar el pronóstico y calidad de vida y a disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, complicaciones y los ingresos hospitalarios.
- Reforzar la importancia del enjuague bucal tras la aplicación de los inhaladores, dado el alto grado de incumplimiento observado en ambos talleres, siendo la causa observada en la mayoría de los casos el desconocimiento de dicha actuación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Propuestas de mejora
- Valorando los resultados obtenidos en ambos talleres consideramos que existe una necesidad constante y permanente de revisar y reforzar tanto la educación sanitaria como la técnica inhalatoria en las consultas de AP dado el alto grado de desconocimiento que hemos observado lo que conlleva en muchas ocasiones al abandono de la medicación, la mala cumplimentación, las reagudizaciones y la merma en la calidad de vida además del aumento de las comorbilidades y por tanto del gasto sanitario evitable.
 - Mejorar la falta de continuidad y seguimiento por parte de las consultas de AP (revisión tratamientos, realización espirometrías...) además de la comunicación y coordinación con los neumólogos de área mejorando los protocolos de actuación en cuanto a derivaciones y seguimiento de estos pacientes. La comunicación entre los profesionales sanitarios es un factor indispensable para mejorar la calidad asistencial del paciente crónico y el correcto abordaje de su enfermedad, por eso es básico poner nuestro empeño en propiciar que los procesos de comunicación sean lo más eficientes posibles. Para una atención integral del paciente EPOC es fundamental una coordinación y una comunicación fluida entre AP y AE.
 - Mejorar el infradiagnóstico de la EPOC que sigue existiendo además de en sus tratamientos dada su alta prevalencia. Actualmente existe un 73% de EPOC no diagnosticados, mayor porcentaje en mujeres que en hombres. Una de las soluciones pasaría por aumentar y hacer espirometrías como prueba habitual en las consultas médicas.
 - Aumentar las campañas y políticas que ayudan a la deshabituación del tabaco, gran responsable de esta enfermedad que causa al año 287.667 muertes evitables.
 - Conocer las condiciones que actúan como barreras de la adhesión del paciente y del tipo de incumplimiento terapéutico nos proporcionaría una valiosa información para incorporar medidas correctoras específicas en los programas de educación sanitaria.
 - La falta de adherencia terapéutica en términos globales afecta hasta al 50% de los pacientes crónicos, que, a su vez suponen la mitad de la población española, lo que tiene importantes consecuencias negativas para la salud de los pacientes y un significativo impacto en la sostenibilidad del sistema sanitario, por este motivo hay que ser conscientes de la necesidad de aunar esfuerzos para mejorar de forma integral este problema.
 - Es fundamental y prioritario en el paciente EPOC el aumento del protagonismo en la gestión de su salud.

7. OBSERVACIONES.

Se añade a María Isabel Ramos Roy como componente del equipo de mejora al ser la persona encargada de realizar las citaciones a los pacientes para ambos talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

*** ===== Resumen del proyecto 2018/603 ===== ***

Nº de registro: 0603

Título
EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Autores:
NAYA MATEU YOLANDA, SOS ROYO BERTA, PUERTAS CANTERIA ALFONSO, TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO, GONZALVO SANCHEZ PASCUAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

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 pacientes con EPOC constituyen una de las líneas estratégicas prioritarias en la AP de Salud por tratarse de una patología con una alta prevalencia y carga de morbilidad lo que a su vez repercute en una importante carga social y económica.

La mayoría de los pacientes son especialmente vulnerables por coexistir en ellos además asociados muchas veces otras patologías crónicas (cardio-vasculares, DM, nefropatías, cáncer, desnutrición, infecciones...) o factores asociados como la edad avanzada, déficits cognitivos, pacientes polimedcados o pluripatológicos entre otros factores lo que obstaculiza y empeora el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

Los pacientes con EPOC precisan tratamiento INTEGRAL lo que comprende tanto medidas generales no farmacológicas (educación sanitaria, cesación tabáquica, actividad física, nutrición, vacunación, rehabilitación respiratoria, comorbilidades,) y farmacológicas.

La intervención educativa es fundamental y debe situarse en el primer escalón terapéutico de la EPOC y corresponde a todos los profesionales sanitarios.

Por todo ello y siendo la EPOC una de las líneas estratégicas prioritarias del SALUD y nuestra zona sanitaria, una zona sanitaria con mucha población mayor con importantes comorbilidades se plantea mejorar el adiestramiento de los autocuidados de los pacientes con EPOC incidiendo sobretodo en aquellos que mantienen todavía unas aptitudes mínimas para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el seguimiento clínico de la EPOC en el C.S. Morata de Jalón.
- Conseguir una mejora del pronóstico y calidad de vida y un descenso de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, complicaciones e ingresos hospitalarios mediante educación sanitaria.
- Fomentar la comunicación y el feedback entre los pacientes y el equipo de AP del C.S. de Morata de Jalón.
- Mejorar la autonomía y la responsabilidad del paciente sobre su salud.

MÉTODO

- Reforzar o incrementar los conocimientos generales de su enfermedad.
- Reconocer los síntomas de alerta de las reagudizaciones y cómo proceder ante las mismas.
- Optimizar y realizar un uso correcto de los dispositivos inhaladores.
- Introducir en los pacientes habilidades de autoadministración de fisioterapia respiratoria.
- Fuente de datos: Elaboración actualizada de base de pacientes EPOC en OMI de la zona conforme con los criterios de inclusión establecidos (pacientes no dependientes y con accesibilidad al C.S. de Morata de Jalón). Dicha captación la realiza en cada cupo su Médico de AP y su enfermera.
- La actividad se realizará en forma de taller o sesión de educación para la salud grupal.

El número de talleres como es una actividad nueva y que "depende de terceros" se fijará un estándar mínimo para este año de una sesión formativa con un número aproximado de entre 5-10 pacientes EPOC que serán informados y citados mediante llamada telefónica.

El taller durará entre 1-2 horas y constará de dos partes:

Una parte teórica, por medio de una presentación se realizará un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria, fisioterapia respiratoria...)

Una parte práctica, donde cada paciente traerá su dispositivo inhalador practicando cada uno de ellos de forma individualizada el manejo y uso correcto. Además se les entregará individualmente una hoja explicativa para llevarse a casa como modelo recordatorio a seguir.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

INDICADORES

- Cobertura: Número de EPOC participantes con criterios de inclusión sobre el total de EPOC de la zona.
- Un test de adherencia a los inhaladores (taitest)
- Una encuesta de satisfacción anónima de 10 preguntas para poder valorar duración, contenidos y objetivos adquiridos dejando alguna pregunta abierta para observación, sugerencias y comentarios.
- Posteriormente, al mes, se realizará un seguimiento por su enfermera de cupo en su consulta programada para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos además de resolver las dudas que hubieran podido volver a surgir.

Indicadores y objetivos:

Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participen en el taller / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 30%.

Número de pacientes EPOC que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 60%

Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamiento con inhaladores (taitest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 50%.

DURACIÓN

Elaboración base de pacientes EPOC conformes a los criterios de inclusión y recogida de datos iniciales en tercer trimestre 2018.

- Valoración actividades realizadas, octubre 2018-marzo 2019.

Evaluación final proyecto, abril 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1477

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD TUDELA CORO
MARIN LAZARO RAQUEL
GARCIA FRUCTUOSO MAITE
PUERTAS CANTERIA ALFONSO
SOS ROYO BERTA
RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA
GARCIA ANDRES DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han revisado las guías de práctica clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda.
- Se ha realizado una sesión formativa en el EAP para la puesta en funcionamiento de este proyecto, en la que se ha explicado al equipo las indicaciones de realización de la prueba, la técnica de TRDA y la forma de registro.
- Se ha realizado una tabla Excel para recoger los datos, en la que figurarán los siguientes datos: edad del paciente, tiempo de evolución, número de criterios según la escala de McIsaac, presencia o no de alergias medicamentosas, resultado obtenido en el streptotest, antibiótico en caso de ser positivo y necesidad o no de una nueva asistencia en los 10 días siguientes.
- Se ha dejado la tabla sobre la caja que contiene los test para facilitar el registro.
- Se ha iniciado la toma de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador nº 1: -. Pacientes con TRDA positivo -->:21 %

Pacientes con test realizado: 72

Pacientes con test positivo: 15

Indicador nº 2: Pacientes a los que se realiza el TRDA --> no se ha podido calcular por no encontrarse registrados los pacientes con clínica de faringitis a los que NO se les realiza.

Indicador nº 3: Pacientes con TRDA falso negativo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA falso negativo

Fórmula: Nº de pacientes con TRDA falso negativo*/Nº pacientes con TRDA negativo.

*(Pacientes que habiendo dado el TRDA negativo en la primera visita, aparecieron con clínica muy sugerente de FAA y/o TRDA positivo en los 10 días siguientes)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Gracias a la realización del test se está evitando la prescripción de antibióticos en pacientes que no lo requieren.
- Al recopilar los datos, nos hemos dado cuenta de los aspectos que podrían y deberían mejorarse en el proyecto para que los indicadores establecidos se puedan calcular correctamente.
- Se observan diferencias a la hora de la prescripción del tratamiento antibiótico, lo que nos lleva a plantar una revisión sobre la misma.
- De los indicadores propuestos, el que ha podido calcularse, no presenta un resultado en rango lo que hace pensar o bien, que el porcentaje establecido no está correctamente seleccionado o bien, que se usa en exceso el reactivo.

7. OBSERVACIONES.

- No se hace un buen registro o al menos que resulte valorable de los pacientes que acuden por faringoamigdalitis pero que no cumplen criterios para la realización del test.
- No se hace constancia de los pacientes que consultan por el mismo motivo, aunque revisando las tablas se puede valorara a quién se le ha repetido la prueba de nuevo.
- De algunos de los pacientes que se ven en los consultorios no tenemos todos los datos que necesitamos.
- Se debería registrar el facultativo que realiza el test por si faltan datos o se duda de alguno.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1477 ===== ***

Nº de registro: 1477

Título
UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1477

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

LACORT BELTRAN EVA, ABAD TUDELA CORO, MARIN LAZARO RAQUEL, GARCIA F MAITE, PUERTAS CANTERIA ALFONSO, SOS ROYO BERTA, RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA, GARCIA ANDRES DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: faringoamigdalitis
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis es la patología infecciosa más frecuente en AP, de etiología principalmente viral, un 10-30 por ciento son de origen bacteriano, con el Estreptococo betahemolítico del grupo A como el más frecuente. En la práctica habitual, el diagnóstico clínico, tiene baja sensibilidad (55-74%) y especificidad (58%-76%) por lo que la prescripción antibiótica es alta. Para identificarla se han propuesto varias escalas de predicción clínica y según su resultado realizar o no el test, como la de McIsaac (modificados de Centor): exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, ausencia de tos y edad a partir de 3 años, positiva si cumple 2 o más criterios. Presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, y con su empleo, se minimiza la prescripción innecesaria de antibióticos.

Por ello se hace necesaria la implementación de proyectos como éste para hacer un adecuado uso de los recursos y racionalizar el uso de antibióticos, en línea con la estrategia del Salud sobre URM e IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Determinar la utilidad en Atención Primaria de un test rápido de detección de estreptococo betahemolítico.

Objetivos secundarios:

Conocer la prevalencia de infección bacteriana por estreptococo betahemolítico en nuestro medio de trabajo.

Tratar de forma eficiente la faringoamigdalitis aguda y optimizar el uso de Antibióticos.

Evitar el contagio por EBHGA en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.

Disminuir la variabilidad diagnóstica.

Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso.

MÉTODO

En primer lugar se realizará una sesión formativa en el EAP para la puesta en funcionamiento de este proyecto clínico en el CS, en la que se revisará la Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda, las indicaciones de realización de la prueba así como la técnica de TRDA para todos los profesionales del equipo. Se realizará una tabla Excel para recoger los datos en cada una de las consultas -Medicina de Familia, Pediatría y Urgencias- en la que figurarán los siguientes datos: edad del paciente, tiempo de evolución, número de criterios según la escala de McIsaac, lpresencia o no de alergias medicamentosas, resultado obtenido en el streptotest, antibiótico en caso de ser positivo y necesidad de o no nueva asistencia en los 10 días siguientes por el mismo motivo. Para ello se seleccionarán a aquellos que acudan al centro de salud con sintomatología de faringoamigdalitis aguda.

INDICADORES

Indicador nº 1: -. Pacientes con TRDA positivo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA positivo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA positivo/ N° de pacientes a los que se realiza el TRDA en el período definido

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior:40%

Indicador nº 2: Pacientes a los que se realiza el TRDA

Definición: porcentaje de pacientes a los que se realiza el TRDA

Fórmula: N° de pacientes a los que se realiza el TRDA / N° de pacientes que consultan por clínica de faringoamigdalitis en el mismo período.

Valor a alcanzar:60%

Límite inferior: 40%

Indicador nº 3: Pacientes con TRDA falso negativo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA falso negativo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA falso negativo*/ N° pacientes con TRDA negativo.

*(Pacientes que habiendo dado el TRDA negativo en la primera visita, aparecieron con clínica muy sugerente de FAA y/o TRDA positivo en los 10 días siguientes)

Valor a alcanzar: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

Límite inferior: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

DURACIÓN

Sesión clínica del equipo en marzo/abril de 2019.

Puesta en marcha a partir del 16 de abril de 2019. Evaluación a través de sesiones de Equipo cada tres meses.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1477

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Fin del programa 15 de diciembre de 2019. Evaluación final en enero-febrero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

- MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN
- DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN
- MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..
- ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1510

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL MARIN LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMIREZ NATALIA
SOPESENS GARETA MARIANO
SOS ROYO BERTA
GARCIA ANDRES DIANA
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO
RAMOS ROY ISABEL
ABAD TUDELA CORO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se prepararon las encuestas, los carteles anunciadores, las cajas a modo de buzón que se pusieron en los consultorios locales y Centro de Salud, se han repartido encuestas en las consultas y se han puesto también, junto a los buzones para coger libremente.

Se comunicó en el Consejo de Salud, iban a hacerse encuestas de salud para mayores de dieciocho años.

Se han recogido las encuestas rellenas.

Posteriormente se han registrado todos los datos obtenidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han repartido 300 encuestas de las que se han respondido 231, dos encuestas son nulas por estar rellenas de manera inadecuada. Por lo que se han respondido un 77% de las encuestas repartidas.

El indicador que habíamos propuesto era: nº de encuestas respondidas / nº de encuestas repartidas entre un 25% y un 50%, por lo que hemos superado ampliamente este objetivo.

El otro indicador era 278 encuestas /1000 habitantes con un nivel de confianza entre 95% y 99%, pero según la Suvey Monkey para una población de 1793 adultos con un nivel de confianza de 95% una precisión del 3% con un tamaño de 214 encuestas sería suficiente. Dado que hemos ampliado el periodo de recogida por la dificultad de conseguir respuestas consideramos que las 231 encuestas son suficientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que si dejábamos las encuestas para que las recogieran los pacientes, obteníamos menos respuestas que si las dábamos en mano, por lo que el reparto ha sido sobretodo activo.

Como datos más significativos:

Hemos observado que de la población encuestada un 79.91% toma una o más veces al día fruta fresca y un 10.48% zumo natural, el 53.27% toma verdura, ensalada, hortalizas una o más veces al día. Si sumamos la proporción de carne, huevos y pescado el consumo de una o más veces al día es de 30,12%, legumbres 7,42%, productos lácteos 73.36%, comida rápida 1,74%, aperitivos, patatas fritas, ganchitos...2.62%, embutidos y fiambres 6.97%.

Un 47,60% no come nunca comida rápida, 2.62% no come nunca pescado.

Un 78.16% hace algún tipo de ejercicio

Durante el año 2020, tenemos el proyecto de trabajar todos los datos comparándolos con las recomendaciones nutricionales actuales para posteriormente realizar las actividades que se consideren oportunas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1510 ===== ***

Nº de registro: 1510

Título
ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE MORATA DE JALON

Autores:
MARIN LAZARO RAQUEL, RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA, SOPESENS GARETA MARIANO, SOS ROYO BERTA, GARCIA ANDRES DIANA, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO, RAMOS ISABEL, ABAD TUDELA CORO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1510

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de problemas de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hemos comenzado a trabajar en atención comunitaria, por ello es interesante conocer los hábitos de las personas (alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol) que forman parte de nuestra Zona de Salud para a partir de los problemas que se detecten buscar soluciones.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana es adultos desde dieciocho años.
En este año se espera recoger información, elaborarla, sacar conclusiones, para el año que viene buscar soluciones el EAP y o en coordinación con los activos comunitarios.

MÉTODO

Información en el Consejo de Salud de la encuesta una vez elaborada y abierta a las sugerencias y cambios oportunos.. Información por carta a las socias de las asociaciones de mujeres y a las personas que acuerden los miembros del Consejo de Salud para mejor difusión a la población.. Comunicación de resultados y propuesta de acciones en el Consejo de Salud de otoño.
Se necesitarán sobres, sellos, papel. Cajas que hagan de buzones.
Los cambios previstos se podrán determinar una vez recogida la información

INDICADORES

Para 1793 adultos, nivel de confianza 95%, una precisión del 3%, una proporción del 5% y un 15% de pérdidas esperadas, necesitaremos 214 encuestas respondidas como mínimo.
Nº de encuestas respondidas/ Nº de encuestas repartidas. Entre 25% y 50%

DURACIÓN

Junio: información al Consejo de Salud y elaboración definitiva de encuesta
Julio: difusión de información con carteles en consultorios y C.S. envío de cartas..
Octubre : Procesamiento de la información, conclusiones, puesta en común en Consejo de Salud y elaboración de acciones.
Noviembre: Comunicación de resultados a la población.

OBSERVACIONES

Se envía fuera de plazo con permiso de dirección

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑÁN

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE LUISA HUERTAS BADOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR
JASO GRAU DOLORES
MERINO LABORDA JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el último trimestre de 2016, fue diseñada la hoja de recogida de datos de las intervenciones realizadas (datos demográficos, motivo, localización, técnica...)

PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EAP SABIÑÁN

ID _____

AÑO MES DIA ORDEN _____

SEXO

H/M

EDAD

MOTIVO QUE HA JUSTIFICADO LA CIRUGÍA

1 ESTÉTICO 2 DOLOR/MOLESTIA 3 MIEDO A MALIGNIDAD 4 OTRAS

NÚMERO LESIONES

(HASTA 10 1,2,3,,,,,, Y >10)

AGRUPADAS EN UNA LOCALIZACIÓN

1 SI 2 NO

IMÁGENES

1 SI 2 NO

LESIÓN 1

LOCALIZACIÓN

1 CABEZA 2CUELLO 3 TRONCO 4 EESS 5 EEII 6 AXILAS 7 OTRAS

MUESTRA AP

1 SI 2 NO

TÉCNICA

1 ELECTROCIRUGÍA 2 ESCISIÓN 3 CRIOTERAPIA 4 OTRAS

RESULTADO AP

VER ANEXO 1

como la encuesta de satisfacción (compuesta por 5 preguntas cerradas).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR E.A.P. SABIÑÁN

Por favor, buscando mejorar nuestra atención, le agradeceríamos que contestase las siguientes preguntas. Gracias.

1º. El tiempo que pasó desde que fue la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido...?

Mucho tiempo Un tiempo adecuado Muy rápido

2º. Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido...?

Excesivas Adecuadas Muy pocas

3º La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido...?

Mala Buena Muy buena

4º Como cree en general que le han atendido en relación a su problema?

Muy bien Bien Regular Mal

5º En caso de presentar un problema similar

Acudiría al mismo sitio

Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales

Le da igual el sitio y los profesionales

NS/NC

Desde enero de 2017 se están utilizando ambas, también se recoge consentimiento informado expreso previo a la intervención.

En el mes de octubre de 2017, han sido diseñadas las bases de datos para recoger y analizar los resultados derivados de las dos hojas de recogida previas.

Desde entonces y hasta final de año, se ha procedido al traspaso de los mismos a estas bases para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Durante el año 2017, se han realizado un total de 28 intervenciones, en todos los casos se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos y entregado encuesta para su cumplimentación de forma anónima. En 26 casos esa encuesta ha sido entregada por los pacientes y tan solo en dos casos no ha sido cumplimentada.

A día de hoy está pendiente la realización de análisis estadístico más exhaustivo sobre los resultados obtenidos, pero un análisis previo sobre los resultados de la encuesta de satisfacción, reflejan una muy buena aceptación del programa.

El tiempo que pasó desde que fué la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido...? Mucho tiempo 0% Un tiempo adecuado 30,77% Muy rápido 69,23%

Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido...? Excesivas 0% Adecuadas 100% Muy pocas 0%

La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido...? Mala 0% Buena 53,85% Muy buena 46,15%

Como cree en general que le han atendido en relación a su problema? Muy bien 88,46% Bien 11,54% Regular 0% Mal 0%

En caso de presentar un problema similar Acudiría al mismo sitio 100%

Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales 0%

Le da igual el sitio y los profesionales 0%

NS/NC 0%

El análisis de los datos demográficos, tipo de lesión, técnica utilizada y otros items, está pendiente de realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras llevar un año de implantación de este sistema de recogida de datos y control de las actividades realizadas, se ha objetivado una mejora en las satisfacción de los usuarios que valoran muy positivamente la accesibilidad a esta unidad, así como el trato recibido.

Es preciso continuar con el desarrollo del mismo, aunque ahora puede verse limitado por la jubilación de la persona que realizaba principalmente esta actividad.

Con los datos obtenidos, debemos realizar una análisis más completo para comprobar la utilidad del programa no solo en la eliminación de lesiones benignas, si no de aquellas con componente de malignidad que gracias al programa son detectadas con mayor premura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/152 ===== ***

Nº de registro: 0152

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras analizar los resultados de la actividad desarrollada en este programa durante los últimos cinco años, se detectaron fallos de registro en el procedimiento que generan una oportunidad de mejora, en concreto no se especificaban el número de lesiones resecaadas, ni aclaraba localización. Así mismo en algún caso no figuraba en HC, la existencia de consentimiento informado previo.

Otros puntos débiles que se aprecian son la falta de formación, falta de espacio físico para ello, variabilidad en los registros y gran problemática a la hora de encontrar el instrumental adecuado, necesario y en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

condiciones óptimas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de los registros del programa de cirugía menor así como todo el circuito, desde la derivación, a la obtención del resultado de la anatomía patológica de las lesiones resecaadas.
Unificación de criterios respecto al instrumental preciso.
Mejorar la satisfacción de los pacientes.

MÉTODO

Se diseñará un protocolo en el que incluir todos los pasos, desde la detección del caso susceptible de incluir en programa, derivación, consentimiento informado, cumplimentación del protocolo y recepción del resultado. (HUERTAS, ROLDÁN)

Diseñar una encuesta de satisfacción del usuario que se cumplimentará tras la realización de la actividad quirúrgica. (JASO, MERINO)

Realizar sesiones formativas sobre el material preciso, su mantenimiento y organización.(HUERTAS, ROLDÁN)

INDICADORES

Indicador 1: Resultado. Número de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC, figure consentimiento informado (estándar 100%)
Los datos se obtienen con la revisión sistemática de las HC de los pacientes incluidos en el programa

Indicador 2: Resultado. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC y dentro del protocolo, figura en número de lesiones resecaadas y su localización. (mínimo 75%)

Indicador 3: Satisfacción. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor que reflejan estar satisfechos con el proceso (mínimo 50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: septiembre 2016

Fecha finalización: diciembre 2017

Cronograma:

septiembre 2016 elaboración de la encuesta de satisfacción y protocolo de derivación.

octubre 2016 Implementación del protocolo y encuesta, previa puesta en conocimiento d etodos los miembros del EAP.

mayo 2017: Primera evaluación de resultados

diciembre 2017 evaluación definitiva de resultados y detección de posibles oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE LOURDES VICIOSO ELIPE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado dentro del programa formativo, tres sesiones clínicas orientadas a mejorar la formación de los facultativos en la prescripción a mayores de 75 años.

Anciano Polimedocado 02/02/2017

Bioética y prescripción médica. 9/03/2017

Medicamentos UTB: 18/05/2017

También se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

Se han realizado revisiones por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como primer objetivo alcanzado es de destacar la implicación del personal para adecuar las cifras.

Respecto al

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

A día 31/12/2017, la tasa se encuentra en el 10,57%, logrando el objetivo inicial al reducir en más de cinco puntos la tasa (enero 2017 15,68%) y habiendo mejorado en todos los cupos y tan solo uno se encuentra por encima del 12% (12,33%)

En cuanto al

Indicador 2 Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

La tasa actual es del 10,57%, mínima mejoría que además en algún cupo ha supuesto incluso aumento de la tasa, ya que solo uno ha disminuido por debajo del 10%. Este podría justificarse en que se trata de cupos pequeños, en los que pequeñas variaciones pueden desencadenar grandes cambios porcentuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en temas de URM y el análisis periódico de los indicadores recogidos en el cuadro de mandos, facilitan la intervención y la mejora de la prescripción, que a la larga redundan en un consumo de recurso más eficiente y una reducción de efectos adversos en nuestros pacientes

7. OBSERVACIONES.

Dado que no se han logrado los objetivos iniciales marcados, se propone alargar por un periodo de al menos seis meses este proyecto de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1156 ===== ***

Nº de registro: 1156

Título
MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Autores:
VICIOSO ELIPE LOURDES, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: pluripatología

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedición, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes. Partiendo de los datos actuales, si bien se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

MÉTODO

1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75 años.

2. Trabajar cada CIAs de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro d elo posible los tratamientos que siguen.

INDICADORES

Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN

Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicadores del cuadro de mandos.

Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE LOURDES VICIOSO ELIPE
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS SAVIÑAN
 · Localidad SAVIÑAN
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 MERINO LABORDA JOAQUIN
 JASO GRAU DOLORES
 IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2017 se han realizado dentro del programa formativo, tres sesiones clínicas orientadas a mejorar la formación de los facultativos en la prescripción a mayores de 75 años.

Anciano Polimedocado 02/02/2017
 Bioética y prescripción médica. 9/03/2017
 Medicamentos UTB: 18/05/2017

En el año 2018 se han realizado otras cuatro sesiones clínicas relacionadas con el URM y anciano.

Anciano frágil 25/04/2018
 Fármacos inapropiados en mayores 75 años 7/9/2018
 Notificación Reacciones adversas medicamentosas 2/10/2018
 Uso racional Antibióticos 11/12/2018

Se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora tanto durante 2017 como 2018 (11/01/18-20/02/18 - 17/05/18 - 06/11/18)
 Se han realizado revisiones periódicas por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos de cara a posibles actuaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como primer objetivo alcanzado es de destacar la implicación del personal para adecuar las cifras, realizando análisis periódicos e implementando las acciones precisas siempre que fuese posible

Respecto al

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

A día 31/12/2018, la tasa se encuentra en el 11,95%, logrando el objetivo inicial al reducir en casi cuatro puntos (3,73%) la tasa de enero 2017 15,68% y habiendo mejorado en todos los cupos aunque dos de ellos se encuentran ligeramente por encima del 12% (12,09% y 12,31%)

INAPROPIADOS	ENERO 2017	DICIEMBRE 2018	VARIACIÓN
TOTAL	15,68%	11,95%	-3,73%
CUPO 1	18,18%	11,49%	-6,69%
CUPO 2	14,29%	11,84%	-2,45%
CUPO 3	15,43%	12,09%	-3,34%
CUPO 4	14,49%	12,31%	-2,18%

En cuanto al

Indicador 2 Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

La tasa actual a día 31/12/2018 es del 10%, mínima mejoría de poco más de un punto, aunque alcanzando el objetivo. además habiendo mejorado en todos los cupos salvo en uno que ha sufrido un aumento de la tasa (curiosamente el que más bajo lo tenía de forma inicial), y dos han disminuido por debajo del 10%.

ANTICOLINÉRGICO	ENERO 2017	DICIEMBRE 2018	VARIACIÓN
TOTAL	11,16%	10,00%	-1,16%
CUPO 1	12,12%	8,05%	-4,07%
CUPO 2	8,79%	10,53%	1,74%
CUPO 3	11,73%	11,54%	-0,19%
CUPO 4	11,59%	7,69%	-3,90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Los datos han sido obtenidos del cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en temas de URM y el análisis periódico de los indicadores recogidos en el cuadro de mandos, facilitan la intervención y la mejora de la prescripción, que a la larga redundan en un consumo de recurso más eficiente y una reducción de efectos adversos en nuestros pacientes

A pesar de la implicación de todos los miembros del equipo en el proyecto de mejora y evaluación continua de los indicadores hemos detectado variaciones escasas e incluso algún incremento no esperado. Este podría justificarse en que se trata de cupos pequeños, en los que pequeñas variaciones pueden desencadenar grandes cambios porcentuales. También se ha detectado que alguno de los fármacos recogidos no provienen de una prescripción desde atención primaria sino que se trata de continuaciones de prescripciones realizadas por especialistas hospitalarios, lo que dificulta la intervención sobre la prescripción de los mismos.

Como RECOMENDACIÓN FINAL, se decide el mantener la continua revisión de los indicadores recogidos en el cuadro de mando con seguimiento particular de cada uno de los pacientes incluidos en los listados para que si es posible se modifiquen prescripciones no correctas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1156 ===== ***

Nº de registro: 1156

Título
MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Autores:
VICIOSO ELIPE LOURDES, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedicación, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes. Partiendo de los datos actuales, si bien se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

MÉTODO

1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75 años.

2. Trabajar cada CIAs de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro de lo posible los tratamientos que siguen.

INDICADORES

Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN

Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicadores del cuadro de mandos.

Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS BLAS GABARDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CIMORRA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado reuniones de enfermería. Cada enfermero ha realizado búsqueda activa de casos en los que no estuviese correctamente cumplimentado.
Se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los tres indicadores a los que hace referencia el proyecto son.
Riesgo de caídas: Desde una cobertura inicial en enero del 86,5% se ha llegado a una cobertura en el momento del análisis del 100%, cumpliendo totalmente el objetivo.
Test de Zarit: Desde una cobertura inicial en enero del 80,9% se ha llegado a una cobertura en el momento del análisis del 90,48%, un incremento de casi un 10%, que a pesar de poder mejorarse, cumple el objetivo inicial..
Test de Norton: ya inicialmente con cobertura del 100%, que se ha mantenido todo el año, hasta el momento actual..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis individualizado y por cupos de las coberturas a través del cuadro de mandos, facilita la cobertura de los indicadores que hacen referencia a los distintos programas.
Las reuniones del personal de enfermería para analizar posibles problemas puntuales, mejoran la cumplimentación de los programas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1157 ===== ***

Nº de registro: 1157

Título
MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, MARTIN CIMORRA JAVIER, BLAS GABARDA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: COBERTURA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de que en el corte final, la cobertura de los indicadores relacionados con los pacientes dependientes e inmobilizados han mejorado, se ha detectado una cobertura irregular de los mismos, más si cabe al tratarse de pacientes habitualmente bien controlados y con múltiples visitas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención en todos los pacientes dependientes e inmovilizados, que podrán ser evaluados mediante la mejora de cobertura recogida en el AGC del año 2017

MÉTODO

1. Búsqueda activa de casos DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los indicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
2. Complimentar de forma anual la pregunta sobre riesgo de caídas y grabar el DGP a pesar de estar dado como realizado dentro de los planes personales.
3. Complimentar de forma anual el Test Norton y grabar el DGP
4. Complimentar de forma anual el Test Zarit y grabar el DGP
5. Sesiones formativas para mejorar la calidad de registro en el entorno OMI-AP.

INDICADORES

Indicador Pacientes Programa Dependiente/ Inmovilizado con registro sobre Riesgo de caídas en el último año (%).
Definición: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de dependiente y Barthel = 90, que al menos tiene un registro de riesgo de caídas, en el último año.
Fórmula Numerador: (SERV_326A): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tiene un registro en el DGP CAÍDAS ('CCAIDAS' = 'S' o 'N') en el periodo de evaluación (último año)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28 o A99), con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 90 y algún registro en el periodo de evaluación (último año)
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes incluidos en PAECD con valoración del riesgo de ulceración en el último año
Definición: Proporción de pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) identificados como dependientes (DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 60), que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodo de evaluación
Fórmula Numerador (SERV_326): Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28 o A99) que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodo de evaluación (último año)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28 o A99), con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 60 y algún registro en el periodo de evaluación
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes dependientes/ inmovilizados en los que se ha identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el último año (%).
Definición: Porcentaje de Pacientes dependientes o inmovilizados en los que se ha identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el último año
Fórmula Numerador: (SERV_326B): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tienen un registro en el DGP PUNTUACION ZARIT ('DPZARIT' ENTRE 0 y 88) en el periodo de evaluación (último año)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de INMOVILIZADO (A28) o de DEPENDIENTE (Z28 o A99) con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 90, y algún registro en el periodo de evaluación (último año)
Fuente OMI-AP

DURACIÓN

Esta previsto realizar las acciones de mejora a lo largo de todo el año 2017, utilizando como herramienta de control, los datos aportados en los sucesivos cortes realizados en los indicadores incluidos en los AGC. Todo el personal de enfermería será responsable de la implementación de las acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1158

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLAS GABARDA JESUS
MARTIN CIMORRA JAVIER
SANCHEZ REMACHA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

Se han realizado revisiones por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador Pacientes con diagnostico de EPOC y registro de síntomas

respiratorios en el último año (%). En el momento de diseñar el proyecto de mejora (septiembre 2016), la cobertura era del 38,6%.

Tras la implementación de las medidas y en el momento del cierre, la cobertura se encuentra en el 88%, si bien hay variación entre cupos desde un 62% (un cupo) a un 100%.

Indicador Pacientes con Diagnostico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%). En el momento de diseñar el proyecto de mejora (septiembre 2016), la cobertura era del 47,4%.

Tras la implementación de las medidas y en el momento del cierre, la cobertura se encuentra en el 84%, si bien hay variación entre cupos desde un 72% (un cupo) a un 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa del paciente EPOC, no estaba correctamente incorporado en la rutina de trabajo, muchas veces por ser pacientes que no acuden con tanta frecuencia a consulta.

Tras la búsqueda activa se ha podido mejorar el registro y cumplimentación del programa.

Se debe realizar análisis permanente del cuadro de mandos para monitorizar cualquier desviación en la cumplimentación de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1158 ===== ***

Nº de registro: 1158

Título
MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, BLAS GABARDA JESUS, MARTIN CIMORRA JAVIER, SANCHEZ REMACHA CARLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado que la EPOC, se encuentra dentro de los objetivos estratégicos para el año 2017, a pesar que nuestro registra datos por encima de la media, creemos indicado dada la motivación de los miembros del EAP, continuar esta línea, aumentando el diagnóstico mediante la realización de espirometrías y la atención y control a los pacientes, con el fin de mejorar el control de la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1158

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la prevalencia detectada de pacientes con EPOC y el control de su patología potenciando la actividad de enfermería en lo relacionado con este proceso.

MÉTODO

1. Formación continuada relacionada con EPOC y con la mejora de calidad de registro en OMI-AP.
2. Búsqueda activa de casos EPOC, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los indicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
3. Complimentar al menos de forma anual ambos indicadores, aunque se deberán reflejar y apuntar en los planes personales tantas veces como se realice

INDICADORES

Indicador Pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año (%).

Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
Fórmula Numerador (SERV_307E): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en el DGP (`CRESPIR? = S o N).

Denominador (SERV_307): Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.

Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes con Diagnóstico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%).

Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas, en el último año.

Fórmula Numerador (SERV_307F): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en los DGP LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS

AÉREAS ('NA_00031' = 1) y MANEJO VÍAS AÉREAS ('LIV_3140'=1)

Denominador (SERV_307): Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.

Fuente OMI-AP

DURACIÓN

Formación continuada a lo largo de todo el año.

Responsables, tanto personal médico como de enfermería del EAP.

Evaluación final coincidente con el corte final de diciembre de 2017 del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE DOLORES JASO GRAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS LUISA
VICIOSO ELIPE LOURDES
PUERTA RICA ANA
MENDIZ ORTIGAS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZACIÓN:

El personal encargado del programa (Dolores Jaso y Luisa Huertas), a lo largo de 2017, ha realizado un curso para formadores en RCP en el H Calatayud (18/10/16 al 27/10/2016).

Se impartieron sesiones clínicas al personal del EAP como parte de su instrucción, con fechas:

01/06/17: TALLER RCP TEORÍA
06/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
07/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
24/10/17: TALLER RCP AVANZADA TEORÍA.

En la primera quincena de septiembre de 2017, contacto con el Ayuntamiento de Sestrica para concretar fechas y lugar de realización del curso.

Se colocaron carteles informativos en los lugares habilitados en la localidad de Sestrica. (Ayuntamiento, Consulta, Farmacia y tablón público).

Con fecha 2/12/2017, contacto telefónico con Unidad Docente HCU para solicitar material necesario para el curso. Los días 12 y 13 de diciembre se imparten las sesiones formativas en la población de Sestrica. Para las sesiones se utiliza presentación power point que describe los elementos básicos en RCP a conocer por los discentes. Apoyo con muñeco y DESA.

INTERVENCIÓN:

Se ha realizado, taller grupal de dos sesiones, ambas impartidas de forma conjunta por Dolores Jaso y Luisa Huertas. Las sesiones se han impartido en "la casa del secretario" de Sestrica.

Teórico 12/12/17 3 horas
Práctico 13/12/17 3 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han apuntado al curso un total de 11 personas, todas ellas mujeres, aunque finalmente participaron nueve de ellas

Consideramos el objetivo cumplido en gran parte, al haber adquirido conocimientos básicos de actuación ante una situación de urgencia tras la formación impartida.

La participación ha sido activa en todo momento, implicándose en el desarrollo del taller, tanto en la realización de maniobras como en el uso del DESA.

Se ha elaborado una encuesta final de satisfacción del curso, con cuatro items que se valoran de 1-10 y una pregunta abierta de sugerencias.

La evaluación de la misma ha dado como resultado.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10)

Valor medio: 9,6

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10)

Valor medio: 9,8

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

Valor medio: 9,9

Cuál es tu valoración global del curso

Valor medio: 9,9

En el apartado propuestas, la demanda generalizada es la de repetir nuevas sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Respecto al OBJETIVO INICIAL: "Mejorar los conocimientos en salud en la comunidad. Capacitar a la población para actuar en situaciones de salud que así lo requieran." estimamos que este ha sido alcanzado en parte, ya que se ha conseguido movilizar a la población e implicarla en esta formación y mejorar sus conocimientos, si bien el llegar a la capacitación de la misma, creemos que requiere de un mayor desarrollo del programa con aumento de actividades formativas.

Es importante dotar a la población de conocimientos y habilidades básicas para actuar ante situaciones de emergencia, que pueda a la postre mejorar la supervivencia tras un evento grave.

Sería conveniente adecuar los contenidos teóricos al nivel de conocimientos previos de la población en la que se va a realizar la actividad formativa. Se podría desarrollar un test previo de conocimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Dada la importancia del tema y la repercusión en la primera población donde se ha implementado el programa, está previsto ampliar la oferta del mismo a otras localidades de nuestra Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título
FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Autores:
JASO GRAU DOLORES, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, VICIOSO ELIPE LOURDES, PUERTA RICA ANA, MENDIZ ORTIGAS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A LA POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

MÉTODO
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE DOLORES JASO GRAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS LUISA
MENDIZ ORTIGAS MARTA
VICIOSO ELIPE LOURDES
PUERTA RICA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZACIÓN:

El personal encargado del programa (Dolores Jaso y Luisa Huertas), a lo largo de 2017, ha realizado un curso para formadores en RCP en el H Calatayud (18/10/16 al 27/10/2016).

Se impartieron sesiones clínicas al personal del EAP como parte de su instrucción, con fechas:

01/06/17: TALLER RCP TEORÍA
06/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
07/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
24/10/17: TALLER RCP AVANZADA TEORÍA.

En la primera quincena de septiembre de 2017, contacto con el Ayuntamiento de Sestrica para concretar fechas y lugar de realización del curso.

Se colocaron carteles informativos en los lugares habilitados en la localidad de Sestrica. (Ayuntamiento, Consulta, Farmacia y tablón público).

Con fecha 2/12/2017, contacto telefónico con Unidad Docente HCU para solicitar material necesario para el curso. Los días 12 y 13 de diciembre se imparten las sesiones formativas en la población de Sestrica.

El 16/01/2019 se imparte la sesión formativa en la población de Morés, se decide hacerlo en una sola jornada en horario de mañana. Se ha seguido la misma dinámica que el año anterior en cuanto al material necesario.

Para las sesiones se utiliza presentación power point que describe los elementos básicos en RCP a conocer por los discentes. Apoyo con muñeco y DESA.

INTERVENCIÓN:

En el año 2017 Se ha realizado, taller grupal de dos sesiones, ambas impartidas de forma conjunta por Dolores Jaso y Luisa Huertas. Las sesiones se han impartido en "la casa del secretario" de Sestrica.

Teórico 12/12/17 3 horas
Práctico 13/12/17 3 horas

En el año 2018 (16/01/2019) se ha impartido por las mismas docentes una sesión teórico práctica de cinco horas de duración en la población de Morés (ayuntamiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Sestrica se han apuntado al curso un total de 11 personas, todas ellas mujeres, aunque finalmente participaron nueve de ellas.

En Morés las asistentes han sido 18

Consideramos el objetivo cumplido en gran parte, al haber adquirido conocimientos básicos de actuación ante una situación de urgencia tras la formación impartida.

La participación ha sido activa en todo momento, implicándose en el desarrollo del taller, tanto en la realización de maniobras como en el uso del DESA.

Se ha elaborado una encuesta final de satisfacción del curso, con cuatro items que se valoran de 1-10 y una pregunta abierta de sugerencias.

La evaluación de la misma ha dado como resultado.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10)

Valor medio: Sestrica 9,6 Morés 9,4

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10)

Valor medio: Sestrica 9,8 Morés 9,8

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

Valor medio: Sestrica 9,9 Morés 10

Cuál es tu valoración global del curso

Valor medio: Sestrica 9,9 Morés 9,6

En el apartado propuestas, la demanda generalizada es la de repetir nuevas sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante dotar a la población de conocimientos y habilidades básicas para actuar ante situaciones de emergencia, que pueda a la postre mejorar la supervivencia tras un evento.

Sería conveniente adecuar los contenidos teóricos al nivel de conocimientos previos de la población en la que se va a realizar la actividad formativa. Se podría desarrollar un test previo de conocimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Dada la importancia del tema y la repercusión en la primera población donde se ha implementado el programa, está previsto mantener la oferta del mismo a otras localidades de nuestra Zona Básica de Salud y seguir realizando esta actividad en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título
FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Autores:
JASO GRAU DOLORES, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, VICIOSO ELIPE LOURDES, PUERTA RICA ANA, MENDIZ ORTIGAS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A LA POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

MÉTODO
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICIOSO ELIPE LOURDES
JASO GRAU DOLORES
NAYA MATEU YOLANDA
JABBOUR NEEMI ISSA
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de marzo 2018, contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia para conocer el número de notificaciones 2017.

Con fecha 16 de marzo se recibió la información solicitada:

Notificaciones RAM 2017 : Sabiñan 25 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 1121, tasa 84,48.

Se han realizado dos sesiones formativas a lo largo del año :

Con fecha 1/3/18 se realizó sesión clínica a la que asistieron los cuatro médicos titulares y una MAC y donde se repasó el concepto de RAM, que notificar y como hacerlo en e-receta.

El día 2/10/2018 se realiza una nueva sesión formativa a la que también acude el personal de enfermería.

A lo largo del año se ha mantenido contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia que nos ha facilitado de forma periódica los datos necesarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con fecha 4/5/18 se recibe la información del corte del primer cuatrimestre

Notificaciones RAM : Sabiñan 21 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 886,08), sector Calatayud (primaria) 29 - (tasa 55,65), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 215, tasa 17,53
Ya en el primer cuatrimestre se han conseguido 21 notificaciones (25 en todo el año 2017) y además y como más importante, se ha pasado de un solo notificador a cuatro médicos notificadores.

En los nueve primeros meses se han notificado un total de 25 RAM, teniendo en cuenta el periodo estival, se acepta como una cifra razonable y dentro de lo esperado

Los resultados a final del año 2018 son los siguientes:

Sabiñan 40 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1687,76), sector Calatayud (primaria) 56 - (tasa 107,46), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 538, tasa 40,55.

El incremento en número absoluto de notificaciones ha sido de 15 (25 en 2017) un 60% - OBJETIVO INICIAL INCREMENTO DE AL MENOS UN 10% -, además como dato muy destacable, el número de notificadores ha pasado de uno a cinco lo que demuestra la implicación de los miembros del equipo con este proyecto.

Un 71,26% de las notificaciones de nuestro sector (Calatayud), corresponden a nuestro EAP y un 7,43 del total de Aragón, cifras muy notables teniendo en cuenta que nuestra población atendida es de apenas unos 2000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificaciones de RAM, son importantes para la seguridad clínica de los pacientes. Hemos comprobado que a veces no se realizaban por desconocimiento del procedimiento o de aquellos supuestos que se deben declarar.

La mejora en la formación y el control periódico del número de notificaciones redundan en una mejora del procedimiento.

Consideramos que el proyecto de mejora ha alcanzado unos grandes resultados aunque lo importante es el mantenimiento de las notificaciones a largo plazo, mediante la incorporación de las mismas a nuestra rutina de trabajo.

Sería recomendable exportar este proyecto de mejora al sector para mejorar las notificaciones en otros centros, mediante la formación en los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/122 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Nº de registro: 0122

Título
MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JABBOUR NEEMI ISSA, NAYA MATEU YOLANDA, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

MÉTODO
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

INDICADORES
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017
2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICIOSO ELIPE LOURDES
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO
JABBOUR NEEMI ISSA
NAYA MATEU YOLANDA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de marzo 2018, contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia para conocer el número de notificaciones 2017.

Con fecha 16 de marzo se recibió la información solicitada:

Notificaciones RAM 2017 : Sabiñan 25 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 1121, tasa 84,48.

Se han realizado dos sesiones formativas a lo largo del año :

Con fecha 1/3/18 se realizó sesión clínica a la que asistieron los cuatro médicos titulares y una MAC y donde se repasó el concepto de RAM, que notificar y como hacerlo en e-receta.

El día 2/10/2018 se realiza una nueva sesión formativa a la que también acude el personal de enfermería.

A lo largo del año se ha mantenido contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia que nos ha facilitado de forma periódica los datos necesarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con fecha 4/5/18 se recibe la información del corte del primer cuatrimestre

Notificaciones RAM : Sabiñan 21 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 886,08), sector Calatayud (primaria) 29 - (tasa 55,65), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 215, tasa 17,53

Ya en el primer cuatrimestre se han conseguido 21 notificaciones (25 en todo el año 2017) y además y como más importante, se ha pasado de un solo notificador a cuatro médicos notificadores.

En los nueve primeros meses se han notificado un total de 25 RAM, teniendo en cuenta el periodo estival, se acepta como una cifra razonable y dentro de lo esperado

Los resultados a final del año 2018 son los siguientes:

Sabiñan 40 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1687,76), sector Calatayud (primaria) 56 - (tasa 107,46), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 538, tasa 40,55.

El incremento en número absoluto de notificaciones ha sido de 15 (25 en 2017) un 60% - OBJETIVO INICIAL INCREMENTO DE AL MENOS UN 10% -, además como dato muy destacable, el número de notificadores ha pasado de uno a cinco lo que demuestra la implicación de los miembros del equipo con este proyecto.

Un 71,26% de las notificaciones de nuestro sector (Calatayud), corresponden a nuestro EAP y un 7,43 del total de Aragón, cifras muy notables teniendo en cuenta que nuestra población atendida es de apenas unos 2000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificaciones de RAM, son importantes para la seguridad clínica de los pacientes. Hemos comprobado que a veces no se realizaban por desconocimiento del procedimiento o de aquellos supuestos que se deben declarar.

La mejora en la formación y el control periódico del número de notificaciones redundan en una mejora del procedimiento.

Consideramos que el proyecto de mejora ha alcanzado unos grandes resultados aunque lo importante es el mantenimiento de las notificaciones a largo plazo, mediante la incorporación de las mismas a nuestra rutina de trabajo.

Sería recomendable exportar este proyecto de mejora al sector para mejorar las notificaciones en otros centros, mediante la formación en los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/122 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Nº de registro: 0122

Título
MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JABBOUR NEEMI ISSA, NAYA MATEU YOLANDA, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

MÉTODO
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

INDICADORES
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017
2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MERINO LABORDA JOAQUIN
JABBOUR NEEMI ISSA
HUERTAS BADOS LUISA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2018 se ha diseñado la encuesta de satisfacción que se deberá cumplimentar tras realizar la actividad formativa.

En abril se contacta con el colegio de Sabiñán para realizar la actividad formativa con el profesorado

Se solicita el material y recoge en la unidad docente (HCU)

Con fecha 16/05/2018 se realiza sesión en el colegio de Sabiñán a la que acuden un total de ocho docentes. La formación tiene una duración aproximada de dos horas. Se ha decidido a petición del profesorado unificar en una sesión del doble de duración toda la actividad.

Al finalizar la misma se entrega encuesta de satisfacción para su cumplimentación.

Inicialmente estaba prevista una segunda edición, se ha esperado hasta el nuevo inicio de curso, pero dado que el profesorado es el mismo se pospone hasta el curso 2019/2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado dos indicadores:

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Se ha cumplido el objetivo al realizar dos sesiones, aunque las sesiones se unificaron en una sola jornada a petición del profesorado.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 9,37

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,5

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

(evaluar del 1-10) Media: 9,37

Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Propuestas de mejora:

Más ejemplos concretos de situaciones que se suelen dar en un aula.

Observaciones:

Me ha parecido muy apropiada y es necesaria.

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado ya que la nota media supera el 9, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interrelación con otros colectivos que también pueden estar implicados en el control de salud de la población, reporta beneficios evidentes y son muy bien recibidos por estos.

Siempre se plantea una necesidad constante de mejora en la formación y el que desde un EAP rural esta pueda ser realizada, mejora todavía más esta percepción además de la satisfacción personal del docente.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Dado que la profesional encargada del proyecto y la formación va a dejar próximamente su actividad en nuestro EAP y hasta la llegada del nuevo pediatra, decidimos dar por concluido el proyecto y retomarlo tan pronto como sea posible.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/123 ===== ***

Nº de registro: 0123

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, JABBOUR NEEMI ISSA, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, JASO GRAU MARIA DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

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 - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MERINO LABORDA JOAQUIN

JABBOUR NEEMI ISSA

HUERTAS BADOS LUISA

JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2018 se ha diseñado la encuesta de satisfacción que se deberá cumplimentar tras realizar la actividad formativa.

En abril se contacta con el colegio de Sabiñán para realizar la actividad formativa con el profesorado

Se solicita el material y recoge en la unidad docente (HCU)

Con fecha 16/05/2018 se realiza sesión en el colegio de Sabiñán a la que acuden un total de ocho docentes. La formación tiene una duración aproximada de dos horas. Se ha decidido a petición del profesorado unificar en una sesión del doble de duración toda la actividad.

Al finalizar la misma se entrega encuesta de satisfacción para su cumplimentación.

Inicialmente estaba prevista una segunda edición, se ha esperado hasta el nuevo inicio de curso, pero dado que el profesorado es el mismo se pospone hasta el curso 2019/2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado dos indicadores:

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Se ha cumplido el objetivo, aunque las sesiones se unificaron en una sola jornada a petición del profesorado.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 9,37

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,5

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

(evaluar del 1-10) Media: 9,37

Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Propuestas de mejora:

Más ejemplos concretos de situaciones que se suelen dar en un aula.

Observaciones:

Me ha parecido muy apropiada y es necesaria.

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interrelación con otros colectivos que también pueden estar implicados en el control de salud de la población, reporta beneficios evidentes y son muy bien recibidos por estos.

Siempre se plantea una necesidad constante de mejora en la formación y el que desde un EAP rural esta pueda ser realizada, mejora todavía más esta percepción además de la satisfacción personal del docente.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Dado que la profesional encargada del proyecto y la formación va a dejar próximamente su actividad en nuestro EAP y hasta la llegada del nuevo pediatra, decidimos cerrar el proyecto y retomarlo tan pronto como sea posible.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/123 ===== ***

Nº de registro: 0123

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, JABBOUR NEEMI ISSA, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, JASO GRAU MARIA DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA HUERTAS BADOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLAS GABARDA JESUS
CARAZO ANGON JESUS
MARTIN CIMORRA FRANCISCO JAVIER
MENDIZ ORTIGAS MARTA
SANCHEZ REMACHA CARLA
MERINO LABORDA JOAQUIN
VICIOSO ELIPE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 28 de enero de 2019 en reunión de equipo se decide iniciar este proyecto de mejora. Desde entonces se ha realizado una búsqueda sistemática por parte del personal de enfermería, mediante los listados facilitados por el servicio de admisión que incluían todos aquellos pacientes que pertenecen al rango de edad susceptible de vacunación.

Además tras la puesta en marcha del programa de Vacunación desde el SALUD y la inclusión dentro de OMI de los protocolos de actuación de vacunación se ha conseguido depurar estos listados y proceder a la vacunación de aquellos pacientes que cumplieren criterios y no se hayan opuesto de una manera más eficiente.

Todos los miembros del EAP han colaborado en la detección de pacientes susceptibles de vacunación.

A pesar de haber planteado una hoja de registro, al contar (no estaba disponible en la fase de diseño) con el registro en OMI, esta no se ha desarrollado al considerarlo una duplicidad de registro.

El contacto con los pacientes ha sido tanto oportunista al acudir a consulta, como por contacto telefónico para que acudiesen a consulta.

A lo largo del año y con fechas 18 de mayo de 2019 y 1 de octubre de 2019 se ha realizado la monitorización del proyecto en reuniones de equipo.

La vacunación ha sido permanente a lo largo del año en función de los casos que se iban detectando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se diseñaron los siguientes indicadores,

Indicador 1: Cobertura de vacunación tetanos.

Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos.

Objetivo: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

La población diana son 468 personas, lográndose 224 vacunaciones.

Lo que supone un 47,8% de vacunaciones superando el 40 % establecido como objetivo.

Indicador 2: Cobertura de vacunación triple vírica.

Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica.

Objetivo: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

De una población de 497, la población diana (calendario incompleto) son 93 personas, lográndose 39 vacunaciones.

Lo que supone un 41.9% de vacunaciones superando el 40 % establecido como objetivo.

Indicador 3: Cobertura de vacunación varicela.

Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna varicela en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela

Objetivo: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

De una población de 497, la población diana (calendario incompleto) son 82 personas, lográndose 33 vacunaciones.

Lo que supone un 40.2% de vacunaciones superando el 40 % establecido como objetivo.

Indicador 4: Cobertura de vacunación rubeola en mujeres en edad fértil.

Finalmente este indicador no ha sido evaluado, ya que se ha incluido dentro de la cobertura de triple vírica.

Los datos se han obtenido de listados de pacientes BDU, y de una revisión sistemática de los registros de vacunación en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diseño de este proyecto de mejora coincidió con el programa de vacunación puesto en marcha desde el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

departamento de Salud.

Ha quedado evidenciado que el diseño fue demasiado ambicioso y sin valorar a fondo la complejidad de llevarlo a cabo en un periodo corto de tiempo, a pesar de lo cual se ha conseguido aunque sea por poco alcanzar los objetivos marcados.

Sería recomendable mantener y diseñar proyectos similares pero centrándose tan solo en un tipo de vacuna anual de cara a conseguir mejores coberturas y alcanzar cifras elevadas de todas ellas en unos pocos años .

Los protocolos de vacunación disponibles en OMI podrían ser utilizados como base para el diseño de un nuevo proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1010 ===== ***

Nº de registro: 1010

Título
MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, BLAS GABARDA JESUS, MARTIN CIMORRA JAVIER, MENDIZ ORTIGAS MARTA, SANCHEZ REMACHA CARLA, MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se ha implantado el calendario vacunal en el adulto (http://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf) . De cara a una mejor cobertura y estandarización de los procesos de vacunación de la población adulta dependiente de nuestra Zona Básica Salud (ZBS), creemos conveniente diseñar un procedimiento propio (hoja informativa con las indicaciones según grupo de edad y/o sexo en población mayor de 18 años) que nos ayude a conseguir este objetivo . En estos momentos se desconoce la cobertura vacunal en este grupo al ser un programa de reciente implantación. A pesar de que el nuevo calendario incluye varias vacunas, se ha decidido en una primera fase centrarnos en aquellas que consideramos más importantes por su posible trascendencia clínica: Difteria-Tétanos, triple vírica, varicela y rubeola (en mujer en edad fértil).

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en la cobertura vacunal de la población adulta, utilizando el nuevo calendario vacunal de adultos.(población mayor de 18 años)

MÉTODO
Realizar al menos dos sesiones formativas para conocer a fondo el nuevo programa de vacunación en el adulto.

Conseguir listados de población mayor de 18 años de nuestra ZBS.

Diseñar una hoja de recogida de datos que facilite la identificación de vacunas precisas para cada usuario. Se recogerá en función de edad las vacunas susceptibles de ser administradas.

Realizar revisión de los listados en cada uno de los cupos, identificando el estado vacunal de cada uno de los usuarios y recogerlo en la hoja de registro.

Comenzar vacunación de forma activa mediante la captación de los pacientes en consulta o mediante llamada telefónica tras ser identificados como candidatos a vacunación.

En caso de negativa se hará constar en su historial de vacunaciones en OMI

INDICADORES

Indicador 1: Cobertura de vacunación tetanos.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 años con al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 años con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos.

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 2: Cobertura de vacunación triple vírica.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica.

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 3: Cobertura de vacunación varicela.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna varicela en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna varicela en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela y serología negativa

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 4: Cobertura de vacunación rubeola en mujeres en edad fértil.

Definición: % de mujeres en edad fértil 15-49 años que han recibido al menos una dosis de vacuna rubeola en 2019

Fórmula: Número de mujeres en edad fértil (15-49 años) con al menos una dosis de vacuna rubeola en 2019 / Número de mujeres en edad fértil (15-49 años) con calendario vacunal incompleto de vacuna rubeola

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población (mujeres en edad fértil 15-49 años) con calendario vacunal incompleto de vacuna rubeola debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

DURACIÓN

Realizar al menos una sesiones formativa para conocer a fondo el nuevo programa de vacunación en el adulto. Antes del 15/02/2019

Una nueva sesión en el segundo semestre.

En caso de necesidad se impartirán nuevas sesiones formativas.

Conseguir listados de población mayor de 18 años de nuestra ZBS. Antes del 01/03/2019

Diseñar una hoja de recogida de datos que facilite la identificación de vacunas precisas para cada usuario. Antes del 01/04/2019

Realizar revisión de los listados en cada uno de los cupos, identificando el estado vacunal de cada uno de los usuarios y recogerlo en la hoja de registro. Antes del 01/05/2019

Comenzar vacunación de forma activa por parte del personal de enfermería deñ EAP. Antes del 01/05/2019

Monitorización semestral y análisis final anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1012

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO PARA LA POBLACIÓN PERTENECIENTE A LA ZBS SABIÑÁN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MARTIN CIMORRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑÁN
· Localidad SABIÑÁN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS MARIA LUISA
BLAS GABARDA JESUS
SANCHEZ REMACHA CARLA
MENDIZ ORTIGAS MARTA
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA
NAYA MATEU YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer semestre del año 2019 se diseñó la presentación power point que sirve de base en el desarrollo del taller práctico (Luisa Huertas/ Javier Martín). Posteriormente y también en el primer semestre y en base a esta presentación se diseñó el test de conocimientos que los alumnos deben cumplimentar antes y después de acudir al taller (Joaquín Merino). Se contacta con el ayuntamiento de Sabiñán que facilitará el aula donde realizar el taller. A pesar de estar previsto la realización del primer taller en el primer semestre, las obligaciones del personal de enfermería lo han impedido. A partir de septiembre se inició una búsqueda de posibles candidatos a asistir al curso ya que al tratarse de una primera edición se ha creído más eficiente no ofertarlo de forma generalizada sino adecuar las características de los posibles alumnos (pacientes y familiares motivados) Con fecha 15/11/2019 se ha realizado el primer taller a cargo de Javier Martín y al que han acudido un total de 8 personas. Se han realizado test previo y posterior al taller para evaluar la adquisición de conocimientos, así como encuesta de satisfacción. En las reuniones de equipo mantenidas a lo largo del año se ha monitorizado el avance del programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado tres indicadores:

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad se fija un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Este indicador no se ha cumplido ya que de los dos talleres inicialmente programados tan solo se ha podido llevar a cabo uno. El hecho de que solo haya tres profesionales de enfermería, implicados no tan solo en su actividad diaria sino también en otros proyectos de actividades comunitarias han dificultado la programación de los dos talleres.

Indicador 2: satisfacción

Número de asistentes que consideran la actividad adecuada (nota media mayor de 7 en la encuesta de satisfacción) /Número de asistentes

Estándar: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

En la encuesta de satisfacción se ha preguntado sobre DURACIÓN / EXPECTATIVAS / UTILIDAD / MATERIAL / FORMADOR Así como una casilla en blanco para observaciones.

Todos los asistentes (100%) han valorado cada uno de los apartados con una nota mínima de 8 superando el estándar fijado en un 60% y obteniendo cifras medias en cada uno de ellos de

DURACIÓN 9 EXPECTATIVAS 9.6 UTILIDAD 9.8 MATERIAL 9.6 FORMADOR 10

Con una nota media global entre todos los items de 9.55

Indicador 3: Conocimientos adquiridos por parte de los pacientes

Estándar: al menos el 60% de los asistentes han mejorado sus conocimientos tras la actividad

Número de asistentes que han mejorado sus conocimientos (Nota mayor de 6) / Número de asistentes

Fuente de datos: Test de conocimientos pre y post formación

De los 8 participantes, dos consiguieron ya la puntuación máxima en el test previo y la mantuvieron en el posterior. De los seis restantes el 100 % han mejorado los conocimientos superando el estándar fijado en un 60% . La nota media obtenida en el test previo ha sido de 8 (rango 6-10) y en el posterior de 9.9 (rango 9-10)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta ahora la información del cuidado del pie diabético se desarrollaba en nuestras consultas de forma individualizada, el ofertar una mejora en esta formación de forma colectiva ha resultado enriquecedora y gratificante no solo para los asistentes sino también para el personal de enfermería implicado.

En un ámbito rural como en el que desarrollamos nuestra labor, existe una difusión rápida de la experiencia y ya hay más interesados en participar en esta actividad, por lo que la vamos a incluir dentro de nuestras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1012

1. TÍTULO

PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

actividades anuales.

Podría resultar interesante diseñar algún estudio que analizase el efecto real de estas intervenciones sobre la reducción de la aparición de complicaciones en el pie diabético

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1012 ===== ***

Nº de registro: 1012

Título
PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

Autores:
MARTIN CIMORRA JAVIER, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, BLAS GABARDA JESUS, SANCHEZ REMACHA CARLA, MENDIZ ORTIGAS MARTA, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA, NAYA MATEU YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La DM enfermedad prevalente en la actualidad, lleva aparejada entre otras complicaciones la aparición de lesiones en los pies (pié diabético) que implica un incremento de la morbi/mortalidad. En los últimos años se ha mejorado la formación del personal en la atención de esta patología y creemos conveniente entrelazarlo con la implantación de actividades comunitarias, fomentando los conocimientos de la población sobre todo en lo relacionado con el autocuidado de los pies.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a la población diabética de nuestra ZBS, en el cuidado de los pies con el objetivo de disminuir la incidencia de aparición de complicaciones, así como en el reconocimiento de signos de alarma.

MÉTODO
Se realizarán por parte del personal de enfermería al menos dos talleres formativos dirigidos a diabéticos. Estos se podrían ampliar en número y realizar en otras localidades en el caso de que la asistencia lo justifique. Se prevé que estos tengan lugar en la localidad de Sabiñán (cabecera) aunque abiertos a todos los usuarios de la ZBS.
Se realizará convocatoria mediante cartelería en todos los consultorios así como la oferta activa por parte del personal a los pacientes identificados como diabéticos.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad se fija un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción
Número de asistentes que consideran la actividad adecuada (nota media mayor de 7 en la encuesta de satisfacción) / Número de asistentes
Estándar: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.
Indicador 3: Conocimientos adquiridos por parte de los pacientes
Estándar: al menos el 60% de los asistentes han mejorado sus conocimientos tras la actividad
Número de asistentes que han mejorado sus conocimientos (Nota mayor de 6) / Número de asistentes
Fuente de datos: Test de conocimientos pre y post formación

DURACIÓN
Elaborar encuesta de satisfacción en el primer cuatrimestre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1012

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO PARA LA POBLACIÓN PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

Elaboración del test de conocimientos en el primer cuatrimestre de 2019
En el primer semestre de 2019, realizar al menos una sesión formativa por parte del personal de enfermería.
En el segundo semestre de 2019, realizar al menos una sesión formativa por parte del personal de enfermería.
Diciembre 2019 evaluación del proyecto (actividades realizadas, test de conocimientos y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1014

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAYA MATEU YOLANDA
VICIOSO ELIPE LOURDES
JASO GRAU MARIA DOLORES
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como actividades a realizar se había previsto una parte formativa y otra de análisis y control de resultados. Se habían programado dos sesiones formativas. Se han impartido dos sesiones clínicas sobre actualización en uso de opioides (21/03/2019 y 28/03/2019) a cargo de Yolanda Naya, a las que ha asistido el personal facultativo. Otro miembro del equipo ha acudido a la sesión formativa ofertada desde el SALUD. Estaba prevista una nueva sesión formativa en el último trimestre, que no se ha podido realizar al ser el encargado de la misma afectado por el proceso de traslados. Se ha realizado una búsqueda activa de los casos, revisando los tratamientos y realizando los ajustes necesarios. Esta búsqueda ha sido permanente a lo largo del año. Se ha realizado usando los listados de cuadro de mandos. Con fecha 15/04/19, 18/06/19 y 1/10/19 han tenido lugar reuniones de equipo en las que se ha analizado los indicadores del acuerdo de gestión y cuadro de mandos que han servido de orientación/ recordatorio de los resultados que se iban obteniendo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El equipo partía (marzo de 2019) de unas cifras globales de prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico de 5,49% (límite superior del indicador de 5,45%) además existía variabilidad entre distintos CIAS (3,33-8,06%) El objetivo era disminuir el porcentaje tanto global como individual por debajo del 4%. A fecha 1 de enero de 2020 los resultados obtenidos en este indicador son los siguientes. EAP SABIÑAN 3,53%, lo que supone un descenso de casi un 2% (35% de descenso relativo) superando el objetivo inicial marcado. Además todos los CIAS han disminuido (hasta un 50% de descenso relativo) y en estos momentos tan solo uno supera en apenas un 0,5% el objetivo inicial marcado del 4%, aunque este cupo ha registrado un descenso del 32% en su prescripción.
1004250102K MARZO 2019 8,06% ENERO 2020 4% DESCENSO ABSOLUTO 4,06% RELATIVO 50%
1004250103E MARZO 2019 3,85% ENERO 2020 2,63% DESCENSO ABSOLUTO 1,22% RELATIVO 31%
1004250104T MARZO 2019 6,71% ENERO 2020 4,51% DESCENSO ABSOLUTO 2,2% RELATIVO 32%
1004250105R MARZO 2019 3,33% ENERO 2020 1,89% DESCENSO ABSOLUTO 1,44% RELATIVO 43%

Los datos obtenidos se deben valorar además en el contexto del sector Calatayud y Aragón donde el descenso ha sido mínimo.

Los datos iniciales fueron facilitados desde el servicio de farmacia de AP de nuestro sector y los posteriores datos y controles obtenidos desde el cuadro de mandos de farmacia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado obtenido parece, en función de los datos, más que satisfactorio, ya que no solo se ha conseguido disminuir la prescripción (alcanzando el objetivo marcado) de estos fármacos potencialmente perjudiciales para la salud si no son adecuadamente prescritos, sino que además se evidencia que una mejora en la formación y el control periódico de la prescripción facilita la adecuación de la prescripción. Es evidente que el tema ha motivado a los miembros del equipo ya que se ha llegado a disminuir la prescripción en algún caso hasta en un 50%. Se debe mantener la dinámica de formación continuada, así como el control periódico de indicadores para mantener estos resultados en el largo plazo. Entendemos que nuestra experiencia podría ser utilizada y replicada en otros equipos y obtener una mejora en la prescripción de esta familia de fármacos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1014 ===== ***

Nº de registro: 1014

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1014

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Título
MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, NAYA MATEU YOLANDA, VICIOSO ELIPE LOURDES, JASO GRAU MARIA DOLORES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DOLOR NO ONCOLÓGICO
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El uso de opioides para el tratamiento de dolores crónicos se ha visto incrementado de forma notable en los últimos años. Se trata de fármacos que pueden provocar un mayor número de efectos secundarios e interacciones además del incremento en el gasto que conlleva su uso indiscriminado. La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida en muchos casos con pluripatología y consecuente polimedicación por lo que el uso de este tipo de fármacos en especial en patologías crónicas no oncológicas como la artrosis debe ser revisada. Partiendo de los datos actuales de consumo de estos fármacos según el nuevo indicador recogido en el AGC, dos de los CIAS superan el máximo establecido en los indicadores de farmacia (> 8% cuando el límite superior no debería sobrepasar el 5%) y en los dos restantes existen evidentes posibilidades de mejora. Todo lo anterior justifica el planteamiento de un proyecto de mejora que busca reducir en la medida de lo posible estas cifras de prescripción.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la tasa de prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico, en la población mayor de 75 años. El objetivo es disminuir la prescripción mediante formación del personal para ajustar la prescripción a las necesidades reales y así ajustar las cifras a los márgenes de prescripción marcados en el indicador (5,45-2,44%)

MÉTODO
Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a uso de opioides en dolor crónico no oncológico en mayores de 75 años. Está prevista al menos la realización de dos sesiones formativas, la primera antes de concluir el primer cuatrimestre de 2019.

Trabajar cada CIAS de forma individual según listados obtenidos del indicador tras el análisis del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro de lo posible los tratamientos que siguen, valorando su indicación y promoviendo una atención segura para pacientes que consideramos frágiles

INDICADORES
Indicador 1. Uso de fármacos opioides potentes en DCNO
Definición: Uso de fármacos opioides potentes en pacientes con Dolor Crónico NO Oncológico mayores de 75 años

Fórmula:
Numerador: Pacientes con prescripción/es activa/s de opioides potentes sin diagnóstico oncológico que tienen más de 75 años
Denominador: Pacientes mayores de 75 años sin diagnóstico oncológico.

Valor a alcanzar: < 4 % tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN
Realizar tres sesiones formativas a lo largo del año 2019. (Yolanda Naya / Joaquín Merino)
Realizar revisión estructurada de los listados de pacientes por parte de los facultativos antes de final de mayo de 2019
Monitorización semestral y análisis final anual.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1014

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1265

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MERINO YOLANDA
PEÑALOSA GARCIA ISABEL
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En reunión del EAP del 20 de abril se presenta y aprueba el proyecto. Se extrae del cuadro de mandos la cobertura del mismo en ese mes y se comenta y analiza.
Se acuerda que sea enfermería la encargada de realizar la actividad y registrarla en OMI-AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una evaluación cuatrimestral. Los datos se han extraído del cuadro de mandos.
Evaluación abril (inicio del programa): cobertura: 64,29%
Evaluación agosto: 65,52%
Al finalizar el año la cobertura es del 100 %. Standard: 75,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del proyecto ha resultado sencilla una vez que se ha asumido en el día a día de la consulta de enfermería la revisión de los planes personales en el paciente EPOC.
Una vez asumida la mecánica del proceso no resulta complicado mantenerlo en años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1265 ===== ***

Nº de registro: 1265

Título
REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, MORALES MERINO YOLANDA, PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL, ARIBAS DIAZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: objetivos asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El proceso de atención a la EPOC se presenta como una secuencia de actividades integradas que tienen lugar en diferentes momentos con medidas de prevención, atención y rehabilitación. Una de estas actividades consiste en la detección de limpieza ineficaz de vías aéreas, así como el adiestramiento al paciente o su cuidador en actitudes y procedimientos que puedan hacer eficaz la limpieza de sus vías aéreas. Por ello, el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1265

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

proponemos alcanzarlo este año.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el paciente EPOC en el último año. Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año será igual o superior al 75,6 %

MÉTODO

Investigar en los pacientes diagnosticado de EPOC si no pueden expulsar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio e incidir en lo posible en la conducta del paciente o del cuidador para mejorar la fluidez de las secreciones o facilitar su expulsión.

Registrar estas actividades en planes personales de OMI_AP

INDICADORES

% Pacientes diagnosticados de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS y MANEJO VÍAS AÉREAS / Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC y algún registro en el ultimo año * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 75,6 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

DURACIÓN

Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1266

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE EDUARDO ABELLO GIRALDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRILLO SORIA SANDRO
MORALES MERINO YOLANDA
AZON LOPEZ ESTHER
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En reunión del EAP del 20 de abril se presenta y aprueba el proyecto. Se incide en la idea de realizar la actividad también en Atención continuada, como forma de captar pacientes jóvenes que habitualmente no acuden a las consultas habituales. Se extrae del cuadro de mandos la cobertura del mismo en ese mes y se comenta y analiza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una evaluación cuatrimestral. Los datos se han extraído del cuadro de mandos.

Evaluación abril (inicio del programa): cobertura: 35,6%

Evaluación agosto: 40,38%

Evaluación al finalizar 2017: 74,52%. Standard: 59,3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta difícil alcanzar los objetivos de cobertura, porque los pacientes que acuden habitualmente a consulta ya tienen la actividad cumplimentada. Sin embargo existe una bolsa de pacientes que no acuden o lo hacen esporádicamente y resulta más difícil recabar la información de ellos. A pesar de ello se ha alcanzado el objetivo al finalizar el año, gracias al desarrollo de la actividad en atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1266 ===== ***

Nº de registro: 1266

Título
REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS > DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

Autores:
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, CARRILLO SORIA EDUARDO, MORALES MERINO YOLANDA, AZON LOPEZ ESTHER, ATRIBAS DIAZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Objetivos asistenciales

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El factor más importante causante de la enfermedad es el tabaquismo. A nivel sanitario la estrategia anti tabaco se desarrolla fundamentalmente en la Atención Primaria. Pero para planificar y desarrollar las distintas actividades tendentes a la reducción del consumo de tabaco es necesario conocer la "bolsa" de pacientes fumadores y por tanto es imprescindible interrogar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico. Por ello,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1266

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos proponemos alcanzarlo este año. Hemos detectado que la mayor parte de los pacientes que no son interrogados sobre hábito tabáquico corresponden a pacientes jóvenes que no suelen frecuentar la consulta médica habitual y que su contacto con la atención primaria suele ser en horario de atención continuada. Por tanto nos proponemos ampliar esta actividad de registro también a la atención primaria urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el registro de personas mayores de 15 años a los que se les ha interrogado por consumo de tabaco en los últimos dos años., para ello:
Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes a los que se les ha preguntado y registrado en OMI sobre su hábito tabáquico en los dos últimos años deberá ser igual o superior al 59,3 %.

MÉTODO

Interrogar sobre hábito tabáquico a todos los pacientes que acudan a consulta y especialmente los que acuden en periodo de atención continuada .

Registrar estas actividades en los planes personales de OMI_AP.

INDICADORES

Población = 15 años en quienes consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años/ Población = 15 años con algún registro en el periodo de evaluación * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 59,3 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

DURACIÓN

Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE YAMILETH GUERRERO TOLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARANDA GARCIA MARIA JESUS
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA
CARRILLO SORIA SANDRO
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido escrupulosamente el calendario marcado:

1. Durante el primer cuatrimestre del año:
? Se propuso la realización de este proyecto al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se llevó a cabo el análisis de pertinencia, diseño y elaboración del mismo.
? Se procedió a la Captación activa en consultas médicas y de enfermería de 60 fumadores > 40 años y se citaron de forma uniforme a lo largo del año en agenda de Espirometrías .
? En fecha 26/04/2018 se procedió al adiestramiento de una enfermera para la realización de espirometrías y se desarrolló una sesión de formación a todos los médicos consistente en el aprendizaje de la interpretación de las mismas.
2. En fecha 9/08/2018: Reunión para valorar el desarrollo del proyecto y realización del primer corte de resultados.
3. En fecha 24/01/2019: Reunión para evaluación final del proyecto, análisis de resultados y conclusiones.

Recursos empleados:

- elaboración de una agenda de espirometrías
- espirómetro
- jeringa calibradora de espirómetro.
- peso y tallímetro
- listado de pacientes con espirometría realizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación: 29 pacientes
 - estándar: 60 pacientes
- ? - fuente de datos: listado elaborado de pacientes con espirometría realizada.
Se observa que el número de espirometrías realizadas se aleja sensiblemente del estándar, alcanzando escasamente el 50% del mismo. Esto se debe a las siguientes causas:
 - Pacientes que después de citados rechazaron por motivos personales la realización de la prueba: 9 pacientes
 - Pacientes que después de citados argumentan dificultades para desplazarse al centro de salud para la realización de la prueba: 7 pacientes
 - Pacientes que después de citados manifiestan que han realizado recientemente una prueba de espirometría en el servicio de neumología al que han sido derivados por alguna patología respiratoria de reciente aparición y rechazan repetir la prueba: 6 pacientes
 - Pacientes que no pueden acudir a la cita por hallarse enfermos: 2 pacientes
 - Pacientes que no acuden a la cita por cambio de domicilio (fuera de la zona de salud): 2 pacientes
 - Pacientes que después de citados no acuden a la cita por motivos laborales : 5 pacientes.
 - Durante un periodo de tiempo que se aproxima al mes el espirómetro no ha estado operativo, lo que también ha dificultado la cobertura del programa.
- Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN: 0,21
 - ? - estándar: >0,6
 - ? - fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión
Se observa que el resultado alcanzado se halla bastante alejado del standard por dos motivos:
 - Por el bajo número de espirometrías realizadas por los motivos antes expuestos
 - Porque los resultados de las espirometrías realizadas en su mayor parte se encuentran dentro de la normalidad y por tanto solo se ha incrementado levemente la prevalencia de EPOC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de espirometría forzada en pacientes fumadores mayores de 40 años es el mejor método para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

descubrir la bolsa oculta de pacientes EPOC. Evidentemente en nuestro proyecto no se han conseguido los estándares fijados y se debe fundamentalmente al deficiente sistema de captación y citación de pacientes establecido que no ha previsto suplir con otros pacientes las faltas a la cita de los esperados. Por otra parte se echa de menos la comunicación entre primaria y el servicio de neumología para poner en común las espirometrías realizadas en ambos ámbitos y evitar duplicidad de pruebas. Aun así pensamos que superando los errores metodológicos cometidos puede resultar un proyecto altamente rentable, por lo que vamos a someterlo a la consideración del EAP y a intentarlo nuevamente en 2019 con las modificaciones de metodología oportunas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/560 ===== ***

Nº de registro: 0560

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Autores:
GUERRERO TOLEDO YAMILETH, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA, CARRILLO SORIA SANDRO, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabitación tabáquica.
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnóstico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General :
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:
Realización y valoración de espirometría forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- Captación activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.
- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .
- Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

INDICADORES

Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación:

- estándar: 60
- fuente de datos: OMI-AP

Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN

- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable 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 - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE YAMILETH GUERRERO TOLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA GARCIA MARIA JESUS
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido escrupulosamente el calendario marcado:

1. Durante el primer cuatrimestre del año:

? Se propuso la realización de este proyecto, que es continuación del presentado el año anterior, al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se volvió a analizar la pertinencia, diseño y elaboración del mismo.

? Se procedió a la Captación activa en consultas médicas y de enfermería de 75 fumadores > 40 años y se citaron de forma uniforme a lo largo del año en agenda de Espirometrías .

? En fecha 1/04/2019 se procedió a repasar el adiestramiento de una enfermera para la realización de espirometrías y se desarrolló una sesión de formación a todos los médicos consistente en recordar la interpretación de las mismas.

2. En fecha 29/07/2019: Reunión para valorar el desarrollo del proyecto y realización del primer corte de resultados.

3. En fecha 22/01/2020: Reunión para evaluación final del proyecto, análisis de resultados y conclusiones.

Recursos empleados:

- agenda de espirometrías elaborada ya el año anterior
- espirómetro
- jeringa calibradora de espirómetro.
- peso y tallímetro
- listado de pacientes con espirometría realizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación: 60 pacientes

- estándar: 40 pacientes

- fuente de datos: listado elaborado de pacientes con espirometría realizada.

Se observa que el número de espirometrías realizadas es sensiblemente superior al estándar, alcanzando el 150% del mismo. Esto se debe a que como el año anterior no alcanzamos el número de espirometrías previstas porque un número significativo de pacientes no acudió a realizar la prueba el día de la cita, este año, previendo que ocurriría algo similar, se citó a 75 pacientes, de los cuales no acudieron a realizar la prueba por diversos motivos: 15.

De las 60 espirometrías realizadas 46 fueron catalogadas como normales lo que da idea de la alta rentabilidad de la prueba: casi la cuarta parte fueron positivas.

- Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN: 0,312

? - estándar: >0,5

? - fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

Se observa que el resultado alcanzado se halla bastante alejado del standard, a ello ha contribuido que han fallecido durante el año 5 pacientes diagnosticados de EPOC, disminuyendo así ligeramente la prevalencia. De todas maneras la razón de prevalencia alcanzada supera la del año anterior: 0,21.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de espirometría forzada en pacientes fumadores mayores de 40 años es el mejor método para descubrir la bolsa oculta de pacientes EPOC. Sin embargo, aunque hemos superado el número de espirometrías previstas, no hemos alcanzado el estándar de prevalencia que era el objetivo del proyecto. Probablemente se deba a haber sobrevalorado la rentabilidad de la prueba. Para el número de espirometrías realizadas debíamos haber esperado un incremento de la prevalencia menor. No obstante hemos avanzado, superando el resultado del año anterior. Por otra parte se echa de menos la comunicación entre primaria y el servicio de neumología para poner en común las espirometrías realizadas en ambos ámbitos y evitar duplicidad de pruebas. En definitiva creemos que ha valido la pena el desarrollo durante 2 años de este proyecto, no solamente por los resultados alcanzados, sino también porque gracias a el se ha introducido la realización de forma habitual de espirometrías, actividad que va a continuar aunque este proyecto haya finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/560 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Nº de registro: 0560

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Autores:
GUERRERO TOLEDO YAMILETH, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA, CARRILLO SORIA SANDRO, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabitación tabáquica.
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnóstico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General :
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:
Realización y valoración de espirometría forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.
- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .
- Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

INDICADORES
Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación:
- estándar: 60
- fuente de datos: OMI-AP
Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0561

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL PEÑALOSA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRERO TOLEDO YAMILETH
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
ARANDA GRACIA MARIA JESUS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto es presentado al EAP y aprobado por el mismo en una reunión de Equipo realizada el 12 de abril. Se han desarrollado dos charlas a las amas de casa de Villarroya de la Sierra. Una primera referente a Osteoporosis: Que es, prevalencia, causas y síntomas.. La segunda trató sobre Osteoporosis: Diagnóstico y prevención. Para su desarrollo se han elaborado sendos PowerPoint. Para la evaluación se ha ideado un cuestionario por charla que se les ha pasado a las asistentes antes y después de cada charla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar los resultados se elaboraron dos cuestionarios, uno por cada sesión que se pasaron antes y después de cada charla.

1- charla sobre Osteoporosis: que es, prevalencia, causas y síntomas:
- nº asistentes: 29
- puntuación media en el test precharla: 8,2
- puntuación media en el test postcharla: 17,4
Indicador: $8,2/17,4 = 0,47$ (standard: < 1)

2- charla sobre Osteoporosis: diagnóstico y prevención:
- nº asistentes: 32
- puntuación media en el test precharla: 10,1
- puntuación media en el test postcharla: 18,6
Indicador: $10,1 / 18,6 = 0,54$ (standard: <1)

Cuanto menor es el indicador obtenido mayor es el grado de conocimientos adquiridos.

En la prevención de la osteoporosis influyen notablemente la alimentación y el ejercicio físico, conceptos que fueron trabajados en las sesiones sobre hábitos saludables impartida el año anterior. Probablemente por ese motivo en al segunda charla la puntuación pre-charla fue más alta que en la primera. Se observa que en ambas charlas los resultados obtenidos superan al estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha detectado el bajo nivel de conocimientos de las amas de casa respecto a la osteoporosis con abundancia de ideas equivocadas.

Se ha evidenciado un aprendizaje correcto de los conceptos más importantes.

Las asistentes han puesto de manifiesto su satisfacción por las actividades educativas realizadas y su deseo de que el programa se amplíe durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/561 ===== ***

Nº de registro: 0561

Título
EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018. PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Autores:
PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0561

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde 1974 en que Marc Lalonde puso de manifiesto los determinantes de salud, sabemos que los estilos de vida y conductas de salud son responsables del 43% de la mortalidad de la población. Se hace pues imprescindible la educación de la población en hábitos saludables como medida eficiente de mejora de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto nos proponemos llevar a cabo en nuestra zona de salud actuaciones educativas sobre la población para mejorar sus conocimientos fundamentalmente sobre hábitos dietéticos saludables y práctica de ejercicio físico y su aplicación a la prevención de una enfermedad en auge como es la osteoporosis.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:
Incrementar los conocimientos sobre hábitos saludables en la población femenina de la zona de salud de Villarroya de la Sierra como medida de prevención de la osteoporosis.

Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos de las amas de casa sobre la osteoporosis
- Conocer los distintos factores de riesgo de osteoporosis y como prevenirlos a través de la alimentación, el ejercicio físico, actitudes posturales, etc.

MÉTODO

Charlas dirigidas a la población de amas de casa de Villarroya de la Sierra sobre la osteoporosis, sus factores de riesgo y como prevenirla.

INDICADORES

Se pasará un test que evalúe los conocimientos sobre osteoporosis antes y después de las charlas.

?(respuestas acertadas en test pre-charlas)/?(respuestas acertadas en test post-charlas) = <1

DURACIÓN

Dos charlas a lo largo del año y evaluación al finalizar 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 - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
AZON LOPEZ ESTHER
MORALES MERINO YOLANDA
GUERRERO TOLEDO YAMILETH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido el calendario marcado:

1. - Durante el primer cuatrimestre del año:
? - Se propuso la realización de este proyecto al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se llevó a cabo el análisis de pertinencia, diseño y elaboración del mismo.
- El 19/4/2018 se realiza una reunión para la formación de profesionales en el manejo adecuado de la terapia inhalatoria y también para la enseñanza del manejo del test de uso de inhaladores. Se explica la sistemática de la consulta consistente en pasar cuestionario al paciente pre- y post- enseñanza de la terapia inhalatoria detectando los errores e incidiendo en su corrección.
- Para la captación de pacientes se había ideado al principio hacerlo de forma activa en consulta, captando a los pacientes EPOC que utilizaran inhaladores, pero aprovechando que el 17/5/18 se recibe listado de pacientes EPOC desde la Dirección de Atención Primaria del sector de Calatayud, se decide utilizarlo, procediendo a la depuración del mismo consistente en eliminar pacientes que no son de la zona básica de salud (altas rápidas), eliminar EPOC sin tratamiento inhalatorio y añadir pacientes que figuran en la historia clínica con el diagnóstico de EPOC que no aparecían en la relación de pacientes de referencia. El listado resultante es el que se ha utilizado para llevar a cabo el proyecto.
- El 30/8/18 se realiza una reunión para analizar el desarrollo del proyecto y realizar el primer corte.
- El 17 /1/18 se realiza una reunión de análisis del proyecto y evaluación de resultados.
Para la formación de los profesionales se ha utilizado el boletín del CADIME_BTA_33_02 sobre dispositivos de inhalación para asma y EPOC.
Para el cuestionario que se realiza al paciente se ha utilizado el registro de enfermería "técnica inhalatoria" del Hospital Ernest Lluch editado en octubre de 2013 por la Unidad Calidad Asistencial
Se ha elaborado un listado con los pacientes que han sido adiestrados para contabilizar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes EPOC que usan inhaladores y que han sido adiestrados:
 - En el corte del primer cuatrimestre que se realiza el 30/8/18 : 51.5 %
 - Resultado final que se realiza el 17/1/18: 81,8% (De un listado de 33 pacientes han recibido enseñanza en el manejo adecuado de la terapia inhalatoria 27 pacientes)
- Estándar: 80%
- Fuente de datos:
 - Listado de la Dirección de Atención Primaria depurado.
 - Listado de pacientes adiestrados.

Resultado satisfactorio: el estándar ha sido superado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para conseguir que la técnica inhalatoria sea correcta es necesario que los pacientes reciban un entrenamiento adecuado con su inhalador. Es importante dar al paciente instrucciones claras y precisas y que el paciente realice un entrenamiento con su dispositivo. Con frecuencia los pacientes con patología respiratoria sufren modificaciones en su tratamiento cambiando de modelo y sistema inhalatorio, por lo que se considera muy importante la revisión sistemática del uso de inhaladores como mínimo una vez al año. Sería conveniente extender esta actividad al resto de pacientes con diversas patologías respiratorias que utilizan inhaladores como asmáticos, etc.. Por estos motivos, y por el elevado grado de satisfacción que hemos detectado en estos pacientes tras la sesión de adiestramiento, creemos conveniente continuar un año más con este proyecto por lo que vamos a someterlo a consideración del EAP por si ve oportuno continuarlo en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/562 ===== ***

Nº de registro: 0562

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

Título
MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, AZON LOPEZ ESTHER, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivo general:
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC
- Objetivos específicos:
- Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores
- Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.
- Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

INDICADORES
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) * 100
- estándar: 80%
- fuente de datos: OMI_AP

DURACIÓN
Organización y formación de los profesionales:
- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP
Desarrollo del proyecto:
- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto
Evaluación:
- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
GUERRERO TOLEDO YAMILETH
AZON LOPEZ ESTHER
MORALES MERINO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 7 de marzo se realiza revisión de la formación de profesionales en el manejo adecuado de terapia inhalatoria y manejo del test de uso de inhaladores. Se revisa la sistemática de la consulta consistente en pasar cuestionario pre- y post- enseñanza de la terapia inhalatoria detectando los errores e incidiendo en su corrección. Para la formación de los profesionales se ha utilizado en el boletín del CADIME_BTA_33_02 sobre dispositivos de inhalación para asma y EPOC.

Se realiza revisión del listado de pacientes EPOC realizado en el año 2018 y se procede a su depuración (eliminando pacientes que ya no pertenecen a la zona básica de salud e incluyendo nuevos pacientes con diagnóstico de EPOC)

Se incide en la conveniencia de realizar captación activa en consulta médica y de enfermería de pacientes con EPOC así como pacientes con otras patologías respiratorias en tratamiento con inhaladores.

Para el test que se realiza al paciente se ha utilizado el registro de Enfermería "Técnica inhalatoria" del Hospital Ernest Lluch editado en octubre de 2013 por la Unidad de Calidad Asistencial.

El 30-Agosto-2019 se realiza una reunión para analizar el desarrollo del proyecto. Así mismo se elabora un listado con los pacientes que han sido adiestrados y se realiza el primer corte para evaluar resultados

El 9-Enero-2020 se realiza una reunión de análisis del proyecto y evaluación final de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador % de pacientes EPOC que usan inhaladores y han sido adiestrados.

Corte de agosto: 78% (de un total de 32 pacientes han sido adiestrados 25) del listado de pacientes EPOC
Captación activa de pacientes con otras patologías respiratorias y tratamiento con inhaladores: 100% (captación de 12 pacientes de los que han sido adiestrados 12)

Si realizamos una suma de los dos listados el corte de agosto sería de 84%

Resultado final que se realiza el 9-1-2020: 96,9% (de un total de 33 pacientes han sido adiestrados 32) del listado de pacientes EPOC

Captación activa de pacientes con otras patologías respiratorias y tratamiento con inhaladores: 100% (captación de 17 pacientes de los que han sido adiestrados 17)

Si realizamos una suma de los dos listados el resultado final es de 98%

Estándar: 80%

Resultado final satisfactorio: el estándar ha sido superado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para conseguir que la técnica inhalatoria sea correcta es necesario que los pacientes reciban un entrenamiento adecuado con su inhalador. Es conveniente dar al paciente instrucciones claras y precisas y que el paciente realice un entrenamiento con su dispositivo. Por ello consideramos muy importante la revisión sistemática del uso de inhaladores como mínimo una vez al año.

Analizando el corte de agosto vemos que el resultado hasta esa fecha es satisfactorio. Se ha conseguido llegar casi al estándar propuesto en pacientes EPOC (78%) y se ha conseguido superar en pacientes con otras patologías respiratorias (100%)

Analizando el resultado final llegamos a la conclusión de que es muy satisfactorio. Se ha conseguido superar el estándar propuesto en pacientes con EPOC (96.9%) alcanzando prácticamente el total de pacientes. Además se ha conseguido captar un importante número de pacientes con otras patologías respiratorias en tratamiento con inhaladores a los que hemos realizado la enseñanza de la terapia inhalatoria (100%)

A estos resultados también hay que añadir el elevado grado de satisfacción detectado en estos pacientes tras la sesión de adiestramiento.

Por último añadir que aunque el proyecto finaliza aquí, creemos conveniente continuar con el programa de adiestramiento en la consulta de enfermería, dada la rentabilidad de la prueba y el grado de satisfacción del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/562 ===== ***

Nº de registro: 0562

Título
MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, AZON LOPEZ ESTHER, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivo general:
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC
- Objetivos específicos:
- Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores
- Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.
- Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

INDICADORES
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) * 100
- estándar: 80%
- fuente de datos: OMI_AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1233

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA MORALES MERINO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO
AZON LOPEZ ESTHER
CARRILLO SORIA SANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se desarrollaron dos talleres sobre violencia de género (fenomenología, epidemiología, actuación del profesional sanitario ante estos casos y recursos disponibles para las víctimas) que se impartieron, previa publicitación de los mismos en los consultorios locales:

-El 29 de Noviembre de 2019 a las 16:30 h en el local de la Asociación de Amas de Casa de la población de Villarroya de la Sierra.

-El 14 de Diciembre de 2019 a las 16:30 h en el local de la Asociación de la 3º edad de la población de Cervera de la Cañada.

-En la población de Aniñón se desistió de impartir el taller pues, tras contactar con la Asociación de Amas de Casa de la población, se nos informó de que no estaban interesadas/os, pues ya se habían realizado varias actividades sobre este tema a lo largo del año y lo encontraban "reiterativo". Se ofertó, no obstante, la posibilidad de que los interesados/as acudieran a las charlas programadas en las otras poblaciones próximas.

En cada una de las charlas se distribuyó, entre los asistentes, un test de conocimientos sobre violencia de género y actuación sanitaria en estos casos, antes y después de la actividad (mismo modelo) para verificar el aprendizaje alcanzado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Villarroya de la Sierra acudieron al taller un total de 45 personas, todas de sexo femenino, mayores de 18 años, lo que representa el 28,5 % del total de mujeres con mayoría de edad que, actualmente, tienen su médico de familia (MAP) asignado en dicha población. Estas cifras concuerdan con el 30% de asistencia femenina que se había fijado como objetivo inicialmente. Sin embargo, llama la atención que no acudió ningún hombre al taller, habiéndose establecido como objetivo atraer aproximadamente al 10% de los varones mayores de 18 años actualmente residentes. El porcentaje de mejora del post-test frente al pre-test fue del 30%, muy superior al 15% fijado como deseable al planificar la actividad. Principalmente esta mejora estuvo condicionada por el desconocimiento inicial que tenían las asistentes del papel de los profesionales sanitarios en casos de violencia de género, el circuito que siguen las víctimas dentro del sistema y los recursos y derechos que las asisten. El 95% de las asistentes encontró la actividad muy satisfactoria y un 5 % satisfactoria, destacando la claridad en la exposición del tema y la adecuación del tiempo como ítems mejor valorados, por lo que, en este sentido, se superó también el objetivo marcado al principio y estimado en un 80% de satisfacción.

En Cervera de la Cañada, acudieron al taller un total de 43 personas (32 mujeres mayores de 18 años, 2 chicas adolescentes y 9 chicos adolescentes). Las mujeres mayores de edad asistentes al taller suponen el 35,9% sobre el total de féminas de esa franja de edad, con MAP asignado en dicha población, cifra muy superior al objetivo marcado inicialmente del 30%.

Igual que ocurrió en Villarroya de la Sierra, no acudió al taller ningún hombre mayor de 18 años, sin embargo, si asistieron 9 varones adolescentes, con edades próximas a la mayoría de edad, que representan el 47,36 % de los chicos jóvenes de esa población, hecho que se valora como muy positivo desde este Centro de Salud. Las dos chicas menores de edad que acudieron al taller representan la tercera parte de las féminas jóvenes que allí viven. El porcentaje de mejora del post-test frente al pre-test fue del 20%, superior también al 15% fijado inicialmente, mejora condicionada, en este caso, principalmente por el desconocimiento del papel de los profesionales sanitarios en casos de violencia de género y el circuito que siguen las víctimas dentro del sistema. El 90% de los/las asistentes encontró la actividad muy satisfactoria y un 10 % satisfactoria, destacando la claridad en la exposición del tema como ítem mejor valorado y superando también, en esta población, las estimaciones iniciales de una satisfacción con el taller cercana al 80%.

Los datos aquí expuestos se obtuvieron de los pre y post-test distribuidos, de las encuestas de satisfacción cumplimentadas y del Banco de Datos del Usuario (BDU). Señalar que los datos concernientes al total de tarjetas sanitarias adscritas a cada MAP se obtuvieron del BDU. Se optó por esta vía, ya que las poblaciones atendidas por nuestro Centro de Salud sufren mucha variación demográfica entre el verano y el invierno y resulta más fiable conocer la población real residente mediante este método, sin el sesgo que pueden generar los desplazamientos temporales estivales. Precisamente por este motivo, los talleres se programaron en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1233

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

invierno cuando la población es la realmente fija todo el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo responsable de este proyecto se encuentra globalmente satisfecho con los resultados alcanzados. Creemos que se ha logrado situar al centro de salud como un referente más al que acudir para pedir ayuda en casos de violencia de género, contribuyendo con esta charla a la sensibilización de la comunidad con esta causa.

Como principal punto negativo, destacar la no asistencia a los talleres de varones mayores de 18 años, lo que genera diferentes interrogantes al respecto y los sitúa como diana de una captación activa de cara a actividades futuras sobre esta temática.

Como principal punto positivo, el interés despertado entre los varones adolescentes de la población de Cervera de la Cañada, que, además, plantearon numerosas preguntas durante la charla, implicándose así con la actividad y generando debate entre los/las asistentes.

Las tres poblaciones contempladas en este proyecto han dado muestras de ser activas y estar muy implicadas, a través de sus asociaciones, en la realización, a lo largo del año, de numerosas charlas, coloquios, talleres... por lo que, de cara a potenciales colaboraciones, sería interesante estudiar al principio del año la programación que tienen prevista sus distintas agrupaciones de vecinos para plantear temas acordes con sus inquietudes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1233 ===== ***

Nº de registro: 1233

Título
TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

Autores:
MORALES MERINO YOLANDA, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, AZON LOPEZ ESTHER, CARRILLO SORIA SANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que constituye una violación de los derechos humanos básicos y que comporta graves consecuencias para las víctimas y los hijos si los hubiere. La violencia de género es la causa y la consecuencia de la desigualdad de género. Las mujeres del medio rural constituyen un colectivo más vulnerable a este problema por la propia idiosincrasia de su entorno. Por ello, se considera prioritario desarrollar un taller sobre este tema en nuestra zona de salud, que permita identificar el entorno sanitario como un marco donde la víctima pueda acudir y sentirse escuchada y no juzgada, garantizando en todo momento la confidencialidad y el respeto.

RESULTADOS ESPERADOS

-Sensibilizar a la población adscrita a nuestro centro de salud en materia de violencia de género.
-Presentar el centro de salud de Villarroya de la Sierra y sus profesionales como un referente al que pueden acudir para pedir ayuda las posibles víctimas.

MÉTODO

Taller sobre violencia de género a desarrollar en los tres principales núcleos de población de la zona básica de salud (Villarroya de la Sierra, Aniñón y Cervera): Fenomenología, epidemiología, papel de los profesionales sanitarios y recursos de apoyo disponibles para víctimas.
Se pasará un test de conocimientos sobre violencia de género entre los asistentes, antes y después de la charla (mismo modelo) para objetivar el aprendizaje realizado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad al finalizar el taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1233

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

Se publicitará con antelación las fechas y lugares de celebración de los talleres en todos los consultorios locales.

INDICADORES

- Nº mujeres asistentes a los talleres en cada núcleo población/ total mujeres dicha poblaciónx100: estandar: 30
- Nº hombres asistentes a los talleres en cada núcleo población/total hombres dicha poblaciónx100: estandar:10
- Porcentaje de mejora post-test frente a pre-test: estándar 15
- Nº asistentes satisfechos con la actividad/total asistentesx100: estandar:80
- Fuente:OMI/BDU, pre y post-test repartidos y encuestas de satisfacción recogidas

DURACIÓN

- Desarrollo talleres:cuarto trimestre 2019.
- Responsable impartición talleres: la responsable del proyecto
- Duración de cada taller: 1h aproximadamente
- Presentación de resultados a EAP: Diciembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1259

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UN ADECUADO REGISTRO

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ESTHER AZON LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO
CARRILLO SORIA SANDRO
MORALES MERINO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 28 de Octubre de 2019 a las 9 h se impartió en el Centro de Salud de Villarroya de la Sierra una charla sobre violencia de genero dirigida a todos sus profesionales sanitarios. En ella se abordó, de una manera general, la fenomenología y epidemiología de esta lacra social y, de forma más específica, el papel de los sanitarios ante casos de esta índole, el circuito o protocolo a seguir, parte de lesiones, repercusiones legales, así como los recursos disponibles para las víctimas (jurídicos, laborales, etc), y la importancia de un adecuado registro en la historia clínica a través de OMI-AP. Se distribuyó entre los asistentes un pre-test y un post-test (antes y después de la charla respectivamente, mismo modelo) para objetivar el aprendizaje alcanzado y un cuestionario de satisfacción con la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, en nuestro Centro de Salud trabajan tres médicos de familia y dos enfermeras que constituyen el equipo de atención primaria (EAP) que, junto a la administrativa, asistieron a la charla, por lo que el porcentaje de asistencia entre los miembros del EAP fue del 100%. Además, prestan servicio dos médicos y tres enfermeras de Atención continuada (MAC, EAC), de los que sólo una EAC asistió al taller, hecho que se explica por las diferentes circunstancias personales que tiene cada profesional. El porcentaje de mejora del post-test frente al pre-test fue del 10%, inferior al 15% fijado como deseable al planificar la actividad, debido a que estos profesionales ya conocían muchos de los conceptos expuestos, dada su alta implicación en esta temática. Las principales dudas identificadas surgieron en relación al parte de lesiones, la recomendación de su lectura en voz alta a la víctima y su cumplimentación por triplicado. Seis de los siete asistentes (85,71%) encontraron la actividad muy satisfactoria y una la calificó como satisfactoria (14,28%), destacando la claridad en la exposición del tema, la adecuación del tiempo y la pertinencia de la charla como ítems mejor valorados, por lo que, globalmente, se superó la estimación inicial de un 90% de satisfacción con la charla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo responsable de este proyecto se muestra satisfecho con los resultados alcanzados, que avalan una buena formación previa de los profesionales de este centro en materia de violencia de género y su abordaje desde el sistema sanitario, fruto de su sensibilización al respecto, al ser conscientes del papel relevante que tienen en la asistencia de las víctimas potenciales. A destacar la asistencia de todos los miembros del EAP que, hicieron un hueco en sus agendas, para poder participar en esta actividad. Como principal punto negativo, la no asistencia de la totalidad de los MAC/EAC, hubiera sido deseable su presencia, sin embargo, somos conscientes de las diferentes circunstancias vitales de cada persona. Creemos que, en conjunto, se han alcanzado los objetivos marcados, teniendo en cuenta que se partía ya de una buena motivación e implicación de los profesionales con el tema en cuestión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1259 ===== ***

Nº de registro: 1259

Título
TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA.
IMPORTANCIA DE UN ADECUADO REGISTRO

Autores:
AZON LOPEZ ESTHER, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, CARRILLO SORIA SANDRO, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1259

1. TÍTULO

TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UNA DECUADO REGISTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La violencia de género constituye una grave lacra social para cuya erradicación resulta esencial educar en igualdad desde la infancia y la implicación de todos los colectivos y clases política, judicial, policial, sanitaria, etc.

El entorno sanitario debe propiciar el acercamiento de las posibles víctimas garantizando su adecuada asistencia física y psicológica y la derivación a los recursos pertinentes, bajo un ambiente de respeto y confidencialidad. Sin embargo, existen ciertos obstáculos que pueden dificultar la relación sanitario-víctima, por lo que resulta esencial la formación de los profesionales en habilidades que redunden en una mejor atención, todo ello sin olvidar la importancia trascendental de realizar un adecuado registro en la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del Centro de Salud Villarroya de la Sierra frente a la problemática que supone la violencia de género.
- Contribuir al desarrollo de habilidades en los profesionales sanitarios para poder abordar de forma efectiva los casos de violencia de género a que se enfrenten.
- Concienciar a dichos profesionales de la importancia de cumplimentar adecuadamente la historia clínica de las víctimas y las repercusiones legales que sus actuaciones implican.

MÉTODO

Charla dirigida a los profesionales sanitarios de Villarroya de la Sierra sobre violencia de género: Fenomenología, epidemiología, papel de los profesionales sanitarios y recursos de apoyo disponibles para víctimas. Registro adecuado en OMI-AP (creación de episodio y cumplimentación de protocolo, parte de lesiones, implicaciones legales).

Se pasará un test de conocimientos sobre violencia de género y cumplimentación de registro en historia clínica entre los asistentes, antes y después de la charla (mismo modelo) para objetivar el aprendizaje realizado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad realizada

INDICADORES

- Nº asistentes a la charla/ total profesionales : estándar: 100
- Porcentaje de mejora post-test frente pre-test: estándar 15
- Nº asistentes satisfechos con la actividad/total asistentesx100: estándar: 90
- Fuente: Pre-test y post-test de conocimientos y encuestas de satisfacción recogidas.

DURACIÓN

- Desarrollo taller: cuarto trimestre 2019.
- Responsable impartición talleres: A determinar entre los miembros del proyecto.
- Duración del taller: 1h aproximadamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Nº Sesiones clínicas realizadas: 5
- Fechas: 15/5/17 - 12/06/17 - 19/06/17 - 22/06/17 - 29/06/17
- EAPS: Alhama de Aragón, Daroca, Sabiñán, Morata de Jalón y Villarroya de la Sierra.
- Recursos: Cañón, PowerPoint, Dermatoscopio
- Materiales: Entrega de la presentación a los asistentes.
- Evaluación: Recogida de firmas y encuesta de evaluación de la sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de EAPs del Sector formados en dermatoscopia:

Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas

- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector

- Límite inferior: 40% de los EAP :

- Límite superior: 100% de los EAP

% Alcanzado Indicador Nº 1: 50%

2. Porcentaje de Médicos de Familia formados en dermatoscopia

Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP

Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP

Límite superior: 100% de los MF de cada EPA

- Alhama de Aragón: 00/6 = 90%

- Daroca: 00/7 = 72%

- Sabiñán: 00/4 = 78%

- Morata de Jalón: 00/5 = 100%

- Villarroya: 00/3 = 100%

% Alcanzado Indicador nº2: 88%

Resultados alcanzados:

Médicos de Familia:

- Aprendizaje del uso del dermatoscopio.

- Mayor comprensión diagnóstica de las lesiones dermatológicas.

- Manejo de las lesiones melanocíticas.

- Reducción de la incertidumbre diagnóstica en las lesiones melanocíticas

Usuarios:

- Accesibilidad a la técnica diagnóstica.

- Evitación desplazamientos a la consulta del dermatólogo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Incluir a los profesionales de enfermería en dicha habilidad diagnóstica puede mejorar la cobertura diagnóstica de las lesiones melanocíticas.

- Continuar con dicho proyecto durante 2018 tras la petición del resto de los EAPs.

7. OBSERVACIONES.

- La excedencia por maternidad de la dermatóloga ha sido un impedimento para alcanzar completa cobertura de las sesiones clínicas a todos los EAPs..

- El indicador nº 3 (CMA en AP), no podemos calcularlo por problema informático.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== ***

Nº de registro: 1101

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:

CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo Dermlite III 3GEN. Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación. Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO

Acciones previstas:

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatoscopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro DAP CALATAYUD
 · Localidad CALATAYUD
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 BUENO PASCUAL MARGARITA
 BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 ACTIVIDAD 2018:

- N° Sesiones clínicas realizadas: 5
- Fechas: 31/01/18 - 10/10/18 - 17/10/18 - 19/10/18 - 22/10/18
- Población diana: EAPS de Calatayud Sur, Ateca, Illueca, Calatayud Norte y Ariza
- Recursos: Cañón, PowerPoint, Dermatoscopios
- Materiales: Entrega de la presentación a los asistentes.
- Evaluación: Recogida de firmas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES FINALES:

1. Equipos formados en dermatoscopia (2017-2018)
 Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas (2017-2018)
 - Valor a alcanzar: 80% de los EAPS del sector
 - Límite Inferior: 40% de los EAP :
 - Límite superior: 100% de los EAP
 - EAPS formados: 5 (2017), 5 (2018)
 % Alcanzado Indicador N° 1: 100%

2. Médicos formados en dermatoscopia (2017-2018)
 Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas (2017-2018)
 - Valor a alcanzar: 70% de los MF del sector
 - Límite Inferior: 20% de los MF :
 - Límite superior: 100% de los EAP
 - EAPS formados: 5 (2017), 5 (2018)
 % Alcanzado Indicador N° 2: 80%

EAP	MFs	FIRMAS	%
ALHAMA	6	5	83%
ARIZA	3	3	100%
ATECA	5	5	100%
CALATAYUD NORTE	12	6	50%
CALATAYUD SUR	10	7	70%
DAROCA	7	5	71%
ILLUECA	6	6	100%
MORATA	5	5	100%
SABIÑAN	4	4	100%
VILLARROYA	3	3	100%
Promedio	61	49	80%

Solamente no se ha alcanzado el valor establecido (70% de los MF de cada EAP) en un Equipo (Calatayud Norte), en el resto casi todos han llegado al 100%. En global se ha llegado al 80% de cobertura de la formación de los MFs en Dermatoscopia.

INDICADORES CP_2018:

3. Porcentaje de EAPS del Sector formados en dermatoscopia (2018) entre los cinco EAPS pendientes:
 Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas

- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite Inferior: 40% de los EAP :
- Límite superior: 100% de los EAP
- EAPS formados: 5 (Calatayud Sur, Ateca, Illueca, Calatayud Norte y Ariza)
- % Alcanzado Indicador N° 3: 100%

4. Porcentaje de profesionales médicos formados en dermatoscopia entre el n° de médicos del EAP (2018)

Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 80% de los MF de cada EAP

Límite Inferior: 40% de los MF de cada EAP

Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

- Calatayud Sur: 7/10 = 70%
- Ateca: 5/5 = 100%
- Illueca: 6/6 = 100%
- Calatayud Norte: 6/12 = 50%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

- Ariza: 3/3 = 100%
% Alcanzado Indicador nº4: 75 %

5. Porcentaje de profesionales de enfermería formados en dermatoscopia entre el nº de enfermeros del EAP

Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 40% de los ENF de cada EAP

Límite inferior: 20% de los ENF de cada EAP

Límite superior: 50% de los ENF de cada EAP

- Calatayud Sur: 3/9 = 22%

- Ateca: 2/4 = 50%

- Illueca: 5/5 = 100%

- Calatayud Norte: 3/12 = 25%

- Ariza: 3/3 = 100%

% Alcanzado Indicador nº5: 61%

Impacto:

- Interés manifestado por parte de los profesionales por esta nueva técnica diagnóstica. En enfermería se ha superado el valor a alcanzar (40%/61%).

- Aumento de conocimientos en lesiones pigmentadas cutáneas y tumores de piel, incluido el Melanoma.

- Servir de antesala para la introducción del proyecto en tele dermatología previsto par 2019, como continuación.

- Conocimiento implícito de una mayor satisfacción de los pacientes.

- Estrecha colaboración con el Servicio de Dermatología del Hospital E. Lluçh.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Interés despertado en el personal de enfermería en esta técnica. Sobre todo, las que hacen y/o apoyan en la cirugía menor.

Este despliegue formativo en dermatoscopia llevado a cabo durante 2018, no ha servido para introducir la tele dermatología en los EAPs este año.

7. OBSERVACIONES.

En esta memoria de finalización de proyecto, al ser de continuación de 2017, se introducen los indicadores reflejados en el CP2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== ***

Nº de registro: 1101

Título
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo DermLite III 3GEN.

Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO

Acciones previstas:

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatosocopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUENO PASCUAL MARGARITA
JUSTE SERAL MARIA DEL MAR
JASO GRAU DOLORES
HUERTAS BADOS LUISA
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION
DIEZ LOPEZ MARIA JOSE
AYNAGA BERNAL JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* ACCIONES:

Se ha implementado la consulta de Telederma (TLD) en 3 centros de salud de nuestro Sector: Alhama de Aragón, Sabiñán y Daroca. El proceso ha sido el siguiente: en cada uno de estos Equipos se ha creado en OMI la agenda de POOL, TELEDERMA para citar a los usuarios del Centro de Salud y así poder generar la worklist para ByDicom. En la carpeta de "Lista de Especialidades Médicas de Interconsulta" de OMI-AP se ha creado la especialidad UNIDAD DE TELEDERMA, pues es allí en donde el Dermatólogo buscará, en su pestaña de "lista de pendientes" de HCE, el listado de pacientes derivados desde AP y poder contestar la derivación. BayDICOM es una funcionalidad online que permite la dicomización de cualquier tipo de imágenes y su posterior almacenamiento en el PACS para poder ser visualizado en la HCE. Desde el CGIPC, Noelia Sánchez, da el acceso al médico que va a hacer la telederma, pues sólo él tiene acceso a esta aplicación.

A éstos, se les dio una sesión formativa de todo el procedimiento y se pilotó in situ para verificar su correcto funcionamiento siendo supervisado en todo momento por Noelia Sánchez.

* CRONOGRAMA:

- I Cuatrimestre: se contactó con los líderes de estos tres equipos y se les ofertó el proceso. Empezamos en Alhama de Aragón y se les dotó de un dermatoscopio modelo Handyscope. Tuvimos una reunión con la Dermatóloga de referencia para explicarle el proyecto y fue muy bien acogido.

- II Cuatrimestre: Se desplegó el proyecto en Sabiñán. Se les dotó de un dermatoscopio Dermlite Gen-Foto con cámara fotográfica.

- III Cuatrimestre: Se implementó en Daroca. Este equipo empezó tarde debido a un problema de abastecimiento de una cámara fotográfica adaptable al Dermlite Gen-Foto.

* RECURSOS:

Dermatoscopio FotoFinder Handyscope: Alhama de Aragón
Dermatoscopio Dermlite 3gen foto system: Sabiñán y Daroca

* COMUNICACIÓN:

Los profesionales informaron a los pacientes del proyecto y estos firman un consentimiento informado para la toma de fotos.

* MATERIAL DE APOYO: La DAP ha realizado un documento en donde se describen todos los pasos para la puesta en marcha de la telederma en los EAPs. Desde el CGIPC nos dieron un pequeño manual de usuario para Dicomizar estudios con BayDICOM (v.02.04.05) realizado por Bahia Software y que se les ha proporcionado a los responsables de la telederma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Implementación del proyecto: Teníamos proyectado implementarlo en 4 equipos y debido a la falta de Capítulo VI, no pudimos comprar un nuevo dermatoscopio.

- Impacto del proyecto: Gran satisfacción por parte de los profesionales de los equipos. La Dermatóloga del hospital contesta y comenta activamente con los responsables las fotos de las lesiones que se le envían instruyéndoles en los tratamientos pertinentes. Los usuarios, según escucha activa de los profesionales, están muy satisfechos con este proceso.

- Indicadores:

• Número de interconsultas derivadas a la Unidad de Telederma desde enero a diciembre de 2019: 144 (Fuente: Servicio informática Hospital E.Lluch)

• % de equipos en donde se ha implantado de la consulta de tele dermatología: 3/10 (30%) Estándar 40% (Fuente: DAP)

• % de lesiones con sospecha de malignidad remitidas: 7/144 (4,86%). Estándar < 25%. (Fuente: Noelia Sánchez. CGIPC)

• % de interconsultas resueltas telemáticamente < 96 hs: 29/144 (20,14%) Estándar 90%. (Fuente: Noelia Sánchez. CGIPC)

- Investigación:

Se presentó en el XXXIX Congreso de SEMFYC, celebrado en Málaga, un Poster con defensa denominado "Impacto de la Tele dermatología en una consulta de Cirugía Menor" siendo los autores los mismos que hemos participado en este proyecto.

Producto de este proyecto, hemos presentado un curso de formación FOCUSS en telederma para este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo Directivo se ha desplazado a los equipos para explicar el procedimiento en los mismos, siendo muy bien recibido por todos los miembros. Tenemos pendiente continuar este año con el resto de equipos en caso de poder adquirir más dermatoscopios.
- Sostenibilidad del proyecto: En los ya implantados se va a mantener gracias a la gran aceptabilidad del mismo y a la colaboración del Servicio de Dermatología del Hospital E.Lluch.
- Dificultades/limitaciones: No hemos podido extraer datos de dos indicadores. La disminución en la lista de espera en Dermatología sufre una gran variabilidad debido a reducción de jornada de la dermatóloga. Tampoco hemos podido calcular, mediante encuestas, la satisfacción de los usuarios, de los MF y de la dermatóloga. Pero según opiniones y escucha activa de las partes implicadas, en general, ha sido alta. Por otra parte, la falta de Capítulo VI nos ha impedido adquirir otro dermatoscopio. Estos tres los adquirimos el pasado año. Ha habido un poco de confusión, a la hora de extraer los datos, entre las agendas de "Dermatología" y la de "Unidad de Telederma" dado que los pacientes han sido derivados indistintamente a ambas agendas y esto ha hecho que los datos, probablemente, hayan sido más restrictivos.
- Conclusiones:
 - * La teledermatología es una herramienta bien aceptada por parte de los médicos, los especialistas y los usuarios.
 - * La visualización de imágenes de lesiones dermatológicas en HCE, permite un valioso intercambio de información y método de aprendizaje entre el MF y el Servicio de Dermatología.
 - * A lo largo de este año vamos a intentar desplegar dicho proyecto a otros equipos, pues ya nos lo están demandando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== ***

Nº de registro: 1101

Título
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo DermLite III 3GEN.
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.
Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO
Acciones previstas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatoscopio DermLite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODES GOMEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acciones realizadas:

1. Una sesión/taller: atención al pie diabético y técnica Doppler, para formar a un enfermero (formador de formadores) de cada uno de los EAPs. Fecha: 16/06/2016
2. Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón en cada uno de los EAPs, mediante una sesión/taller.

Recursos: ?

- Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP. ?
- Monofilamentos en todos los EAP. ?

Cronograma:

1º, 2º, 3º y 4º Trimestre 2017, sesiones y talleres de formación en los EAP: Alhama de A., Ateca, Daroca, Villarroya, Calatayud Norte y Sur, Morata, Illueca y Sabiñán.

Fechas: 01/12/2016 - 10/11/16 - 22/03/17 - 15/05/17 - 07/06/17 - 10/04/17 - 13/12/17 - 13/12/17 - 19/12/17 -

4º Trimestre 2017, evaluación:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.

Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector

Límite Inferior: 40% de los EAP del sector? Límite superior: 100% de los EAP del sector

Alcanzado el indicador nº1: en el 90 % de los EAPs se han realizado las sesiones formativas y se ha difundido el procedimiento de atención al pie diabético.

2. Revisión del pie diabético.

Fuente de datos: OMI-AP; Cuadro de mandos de diabetes

Valor a alcanzar: mejora relativa del 5% del sector en comparación con el resultado alcanzado en 2016

Límite Inferior: 1 % de los EAP del Sector

Límite superior: 10 % de los EAP del Sector

Alcanzado el indicador nº2:

Revisión "pie diabético" en diciembre 2016: 51,79%

Revisión "pie diabético" en diciembre 2017: 53,68%

Mejora relativa % alcanzado: 3,52%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto ha sido potenciar, desde la DAP, la formación y realización de actividades en el manejo práctico del síndrome del pie diabético, con resultados positivos.

7. OBSERVACIONES.

La creación de una consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano), se desestimó al conocer el borrador del proyecto Unidad de pie diabético en Aragón del Grupo de Trabajo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La enfermería de atención primaria será la responsable de realizar una adecuada clasificación del pie diabético en base al riesgo, centrándose en la prevención de las complicaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1105 ===== ***

Nº de registro: 1105

Título
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL SINDROME DEL PIE DIABETICO

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante 2016 se realizó un curso sobre el pie diabético para formar a formadores de cada EAP. Se dotaron a los Centros de un Doppler y monofilamentos para una mejor exploración y atención a dicha patología. A pesar de haber conseguido una buena cobertura en dicho indicador en el último cuatrimestre, consideramos importante consolidar conocimientos y crear una consulta monográfica sobre pie diabético en un Equipo.

Se trata de un objetivo en consonancia con la línea estratégica de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP potenciará la formación y la realización de actividades en el manejo práctico del síndrome del pié diabético.

MÉTODO

Acciones previstas:

- 1 sesión/taller: la atención al pie diabético y la técnica Doppler, en cada uno de los EAPs.
- Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón.

Recursos:

- Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP.
- Monofilamentos en todos los EAP.

Oferta de Servicios:

- Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.
- Descripción: Número de equipos en los que se han impartido las sesiones / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los DUE de cada EAP
- Límite superior: 100% de los DUE de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: % de DUE formados en la atención síndrome del pie diabético en el manejo de la técnica Doppler en el Sector
- Descripción: Número de DUE formados /nº de DUE del Sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las talleres formativos
- Valor a alcanzar: 70% de los profesionales de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los profesionales de cada EAP
- Límite superior: 100% de los profesionales de cada EAP

INDICADOR 3:

- Nombre del indicador: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Descripción: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Valor a alcanzar: Creación de consulta: Sí

DURACIÓN

1º Trimestre 2017:

Sesiones y talleres de formación en todos los EAP.

2º y 3º Trimestre 2017:

Monitorización de las actividades y oferta propuesta.

4º Trimestre 2017:

Evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
ARTO LABORDA MARIA ANGELES
ETAABOUDI SAMIA
DIGON SANMARTIN LUIS
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Constitución Grupo de Trabajo a nivel Sector:

El 15/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Abordaje de la insuficiencia renal crónica en atención primaria". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica del sector de Calatayud, dos nefrólogas del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

• Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 15/02/2018, 08/03/2018, 24/04/2018 y 12/09/2018

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Se mantuvieron reuniones con el Servicio de Laboratorio del HELL para valorar la pertinencia de la creación de un perfil de enfermedad renal dentro de las plantillas de OMI-LAB. Además, se ha desarrollado el curso para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al abordaje de la insuficiencia renal crónica en A.P.

• Formación:

Se impartió el curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria en la población del Sector de Calatayud" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 18 / 09/18 y el 04/10 /2018.

El 18/09/2018 se impartió el curso en la biblioteca de C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Morata de Jalón, Daroca y Villarroja de la Sierra.

El 25/09/2018 se impartió el curso en la biblioteca el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Sur.

El 01/10/2018 y 03/10/2018 se impartió el curso en la biblioteca C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Norte.

El 02/10/2018 se impartió el curso en la sala de reuniones del C.S. Alhama de Aragón dirigido a los profesionales de los EAP de Alhama de Aragón, Ariza y Ateca.

El 04/10/2018 se impartió el curso en la sala de reuniones del C.S. Illueca dirigido a los profesionales de los EAP de Sabiñan e Illueca.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC). Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de formar a los profesionales.

Toda la documentación fue entregada en formato de Power Point a todos los asistentes a los respectivos cursos para que pasaran una sesión de formación en sus Equipos.

Durante el desarrollo del curso, se accedió al Cuadro de Mandos de Farmacia, y a los listados de pacientes.

También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

ACCIONES

- Creación en nuestro petitorio de OMI-LAB el perfil de "Enfermedad Renal Crónica"

- Se envió un listado de pacientes con ERC al EAP Calatayud Sur.

-Revisión de pacientes con terapia triple Wammy extraída del cuadro de mandos de farmacia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La explotación de los indicadores se ha solicitado al IACS y estamos esperando sus resultados. Pedimos dos cortes de todos los indicadores, uno al inicio y otro al final del año 2018.

No podemos evaluar los resultados intermedios del proyecto por no disponer de datos de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos evaluar el impacto por carecer de los datos de los indicadores.

El único indicador que disponemos es el extraído del cuadro de mandos de Farmacia: Indicador Insuficiencia Renal Inducida por fármacos (Triple Whammy): En enero de 2018 teníamos en nuestro Sector 704 pacientes incluidos en este indicador en todo el sector. En enero de 2019 se ha disminuido a 465 pacientes (-34%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio. Ha sido bien acogido en los Centros de Salud. Se ha trabajado una parte importante del proyecto aunque por motivo de tiempo aún queda pendiente continuar con el análisis de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

datos.

Por el momento, ya se han desarrollado la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora del conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención de estos pacientes. Por eso hemos decidido continuar con dicho proyecto en 2019.

7. OBSERVACIONES.

En cuanto tengamos los resultados de los indicadores, los remitiremos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/18 ===== ***

Nº de registro: 0018

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, ARTO LABORDA MARIA ANGELES, ETAABOUDI SAMIA, DIGON SANMARTIN LUIS, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Endocrino-metabolismo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud. En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

RESULTADOS ESPERADOS
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

MÉTODO
ACCIONES
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)
2 Confirmar el diagnóstico de ERC
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)
4 Valoración de la progresión de la ERC
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy
FORMACION:
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
INVESTIGACIÓN:
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto
RECURSOS:
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del cuadro de mandos
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

INDICADORES

INDICADORES Y ESTÁNDARES

- 1 Prevalencia de la ERC (9%)
- 2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)
- 3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)
- 4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
- 5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
- 6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)
- 7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)
- 8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
- 9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
- 10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
- 11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
- 12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3

- 13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH-D 3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
- 15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
- 16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)

EVALUACIÓN

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

II TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

III TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores

IV TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUENO PASCUAL MARGARITA
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI
DIGON SANMARTIN LUIS
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION
ARTO LABORDA MARIA ANGELES
ETAABOUDI SAMIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación: Se impartió el curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" dirigido a Médicos y enfermeros/as de Atención Primaria del sector Calatayud. La duración del curso fue de 2 horas lectivas. Se realizó 1 edición del curso el 01/10/2019. El curso consistió en la presentación de la información en formato Power Point y también se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.
- El objetivo principal del curso es el de mejorar la prevención y la atención de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica
- Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana, disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad y disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos. Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar los indicadores relacionados con ERC y los listados de pacientes.
Al curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" asistieron 15 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP).
- Seguimiento: Se hizo un corte en julio de 2019 de seguimiento de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y ESTÁNDARES

1.- Prevalencia de la ERC en usuarios de 18 a 80 años: (9%)

- 2018=3%
- 2019=3%

2.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación: (60%)

- 2018=57,47%
- 2019=54,13%

3.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)

- 2018=49,29%
- 2019=47,21%

4.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)

- 2018=21,7%
- 2019=17%

5.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)

- Rango Normal: 2018=87,61%; 2019=26,57%
- Rango Moderado: 2018=10,97%; 2019=72,06%
- Rango Grave: 2018=1,4%; 2019=1,37%

6.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)

- 2018=56,35%
- 2019=54,44%

7.1.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <140/90 y la albuminuria <30 mg/g (45%):

- 2018=17,13%
- 2019=4,18%

7.2.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <130/80 y la albuminuria =30 mg/g (45%):

- 2018=2,87%
- 2019=6,27%

8.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)

- 2018=76,94%
- 2019=69,21%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 9.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
- 2018=54,72%
 - 2019=50,85%
- 10.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
- 2018=60,26%
 - 2019=52,61%
- 11.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
- 2018=36,78%
 - 2019=30,66%
- 12.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 2018=28,61%
 - 2019=30,49%
- 13.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 2018=24,35%
 - 2019=27,53%
- 14.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH-D3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
- 2018=10,69%
 - 2019=15,24%
- 15.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
- 2018=8,35%
 - 2019=3,14%
- 16.- Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)
- 2018=465
 - 2019=395
- Periodos de evaluación:
2018: De enero a diciembre
2019: De enero a diciembre
- Impacto del proyecto: El proyecto fue bien acogido en los EAPs pues ha aumentado la sensibilidad hacia esta patología en los mismos.
La prevalencia ha permanecido estable en los dos periodos de estudio.
Los indicadores de cribado de la ERC (números 2 al 5) presentan una disminución del 2018 al 2019, no obstante en el indicador 5, el 61% de los pacientes pasan de estar en un rango normal de albuminuria a estar en moderado. Esta diferencia puede ser explicada a que desde mediados de 2019, se modificó en el laboratorio la cuantificación de la albuminuria, al pasar por un cribado previo.
Los indicadores de evaluación y seguimiento (números 6 al 16) en los que mejores resultados se han obtenido son en la disminución de la progresión de la enfermedad renal (disminución de un 62%) y en la IR inducida por fármacos (triple Whammy) pues después de esta segunda intervención en 2019, se observó una reducción de 70 pacientes a nivel sector -15.05% (465 pacientes en enero de 2019 a 395 en enero de 2020). A este dato hay que añadir una reducción previa del 34% del año anterior.
Fuente y método de obtención: Para la obtención de los indicadores se elaboró un manual con la descripción de los mismos y los DGPs de OMI correspondientes. Se remitió al Servicio de Informática para su explotación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo de mejora de este proyecto va a continuar analizando los datos y presentarlos en los EAPs a lo largo de 2020 dado que los tenemos desglosados para cada uno de ellos. Los miembros del equipo de mejora han presentado varias comunicaciones orales en diversos Congresos autonómicos y nacionales.
- Dificultades/limitaciones encontradas: La principal limitación que hemos tenido ha sido la explotación de los datos hasta que tuvimos un informático.
- Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación: el proyecto va a ser incorporado en nuestra cartera de servicios de sector.
- Conclusiones finales:
 - Buena aceptación del proyecto en los EAPs
 - Incorporación del proyecto a nuestra cartera de servicios.
- Publicación de resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/18 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Nº de registro: 0018

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, ARTO LABORDA MARIA ANGELES, ETAABOUDI SAMIA, DIGON SANMARTIN LUIS, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Endocrino-metabolismo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud. En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

RESULTADOS ESPERADOS
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

MÉTODO
ACCIONES
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)
2 Confirmar el diagnóstico de ERC
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)
4 Valoración de la progresión de la ERC
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy

FORMACION:
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
INVESTIGACIÓN:
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS:
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del cuadro de mandos
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

INDICADORES
INDICADORES Y ESTÁNDARES
1 Prevalencia de la ERC (9%)
2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)
3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)
4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)
8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3
13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH- D3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)

EVALUACIÓN

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto

- Diseño del proceso

II TRIMESTRE

- Difusión del proyecto

- Sesiones formativas

- Despliegue

III TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores

IV TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados

- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ARIADNA DE LUCAS BARQUERO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
CODES GOMEZ JOSE
COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Constitución Grupo de Trabajo a nivel sector:

El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica y de enfermería del sector de Calatayud, un reumatólogo del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

• Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 01/02/2018, 20/03/2018, 05/09/2018, 13/09/2018.

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Además, se ha desarrollado el curso, publicado por el IAAP, para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al manejo de la osteoporosis en A.P.

• Formación:

Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018.

El 17/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Morata de Jalón, Daroca y Villarroja de la Sierra.

El 19/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Sur.

El 20/09/2018 y 24/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Norte.

El 26/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Illueca dirigido a los profesionales de los EAP de Sabiñan e Illueca.

El 27/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Alhama de Aragón dirigido a los profesionales de los EAP de Alhama de Aragón, Ariza y Ateca.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Osteoporosis. Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de identificar los factores de riesgo de Osteoporosis y fractura y su prevención. Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: identificar pacientes con Osteoporosis (en las siguientes situaciones: mujeres postmenopáusicas, varones mayores de 65 años, OP inducida por glucocorticoides, OP secundarias), conocer el tratamiento más adecuado en cada una de dichas situaciones, mejorar la cumplimentación y adherencia al tratamiento de los pacientes, evitar el uso de fármacos sin criterios de tratamiento y reducir la iatrogenia.

Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de osteoporosis y el listado de pacientes. También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

Al curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" (6 ediciones) se inscribieron 65 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP), asistiendo al curso 61 alumnos (93.8 % asistencia).

• Otras actividades:

El Grupo de Trabajo llevó a cabo el reparto de objetivos de forma individual, siendo este el siguiente:

-Introducción: José Codes

-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes

-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría

-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas

De forma individual, tras la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica y otros documentos sobre Osteoporosis, se redactó y envió a la coordinadora del Grupo de Trabajo los puntos mencionados anteriormente. Está pendiente la puesta en común de este documento, así como su revisión.

• Cumplimiento del calendario:

El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:

I° TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto: El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis".

- Diseño del proceso: En la segunda reunión del Grupo de Trabajo el 20/03/2018 se muestra la propuesta de diseño del proyecto de OP y se reparten los objetivos de trabajo entre los miembros del grupo.

II° TRIMESTRE

- Difusión del proyecto: En la Comisión de Dirección realizada el 27/06/2018, a la que asistieron los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

coordinadores médicos y de enfermería de los EAP del sector de Calatayud, se informó a los profesionales acerca del proyecto de OP así como de las actividades formativas que se llevarían a cabo.

- Sesiones formativas: Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018 (tercer trimestre).
- Despliegue: Posteriormente a la realización del curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria", en los EAP del sector de Calatayud se han llevado a cabo sesiones para difundir los conceptos adquiridos durante el curso al resto de los profesionales de los EAP que no pudieron acudir al curso.

III° TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores: En diciembre de 2018, se han solicitado los cortes de los indicadores al IACS y estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos. En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" (incluido en el proyecto), se ha realizado un seguimiento mensual cuyos resultados trataremos en el siguiente punto de la memoria de seguimiento.

IV° TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados:

A lo largo del 2018, el Grupo de Trabajo detectó que el indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contemplaba los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación ya que el indicador puede dar como resultado mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la OP que en principio no cumplen criterios de tratamiento pero que en realidad cumplen factores de riesgo mayores y/o menores por lo que si deben de estar con tratamiento. El Grupo de Trabajo está pendiente de analizar estos datos.

Por otra parte, este indicador calcula un resultado en porcentaje en vez de en nº de pacientes, cuando el resultado interesante a revisar es el nº de pacientes mujeres de 40 a 65 años tratadas con fármacos para la OP que no cumplen criterios (listado de pacientes), ya que el porcentaje dependiendo del total de mujeres de 40 a 65 años en el sector que se esté analizando puede hacer que este resultado se analice de forma alterada (ver punto 6 de la memoria de seguimiento).

- Evaluación final: Pendiente de realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En diciembre de 2018, se han solicitado los cortes de los indicadores al IACS y estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos.

En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años", incluido en el proyecto como "% de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación", se ha realizado un seguimiento mensual y anual de este indicador (informando continuamente a los MAP), obteniéndose a nivel de sector los siguientes resultados:

-Corte enero 2017: 3.77% (292 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/7.752 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.796 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2019: 3.79% (299 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.890 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

El rango máximo-mínimo indicado en el Cuadro de mandos de Farmacia es 2,47% (mínimo) y 0,82% (máximo), siendo lo ideal alcanzar el 0%. El Sector de Calatayud se encuentra fuera de rango en este indicador en el Cuadro de Mandos de Farmacia y tampoco se alcanza el estándar marcado en el proyecto el cual era obtener un resultado <1.78%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio. Se ha trabajado una parte importante del proyecto aunque por motivo de tiempo aún queda pendiente continuar con el análisis de datos. Por eso creemos importante seguir con su desarrollo durante 2019.

Por el momento, ya se han desarrollado la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora del conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención de estos pacientes.

Este proyecto una vez finalizado se puede hacer extensible al resto de sectores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/29 ===== ***

Nº de registro: 0029

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Autores:
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

MÉTODO

ACCIONES

1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP
8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

FORMACION

- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

INVESTIGACIÓN

- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS

- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

CAMBIOS PREVISTOS

- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

INDICADORES

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura:

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso:

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado:

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

Iº TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

IIº TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

IIIº TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores.

IVº TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANS PIQUERAS CARMEN
JUSTE SERAL MAR
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
BAGUENA BERNE MARTA
SANZ FOIX PERFECTA
LOZANO SERRANO AZUCENA
TORCAL ARNAL JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS, CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN Y COMUNICACIÓN:

1. CONSTITUCIÓN EQUIPO DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.

En reunión del día 25 de abril de 2018 queda constituido el grupo de trabajo multidisciplinar, formado por profesionales de los dos niveles asistenciales y claves en la atención integral de las heridas crónicas en nuestro Sector.

En esta reunión se presentó el proyecto y se distribuyeron tareas.

2. SESIONES INFORMATIVAS DE LOGÍSTICA INTERNA Y EXTERNA DE LOS MATERIALES DE CURA Y PRODUCTOS SANITARIOS EN NUESTRO SECTOR.

Habiendo detectado como punto crítico en nuestro Sector la variabilidad en la forma de solicitud y entrega de los productos sanitarios, necesarios para la prevención y tratamiento de las heridas crónicas, se acordó la realización de sesiones en todos los equipos de Atención Primaria (EAP) por parte de los responsables de recursos materiales (RRMM) del Sector y la Dirección de Enfermería de AP.

El objetivo principal ha sido informar de la logística interna y externa del material de curas y material sanitario en general, a los responsables del material de cada EAP y a sus coordinadores.

Las fechas de realización de las sesiones fueron: 14 de febrero en el CS Daroca, 19 de febrero en el CS Ariza, 22 de marzo en el CS Villarroya, 22 de mayo en el CS Ateca, 21 de septiembre en el CS Illueca, 19 de octubre en el CS Morata y en el CS Sabiñán, 8 de noviembre en el CS Alhama, 9 de noviembre en el CS Calatayud Norte y el 18 de diciembre en Calatayud Sur.

En estas sesiones, se recordó también la necesidad de difusión, entre todos los enfermeros y profesionales implicados, de la Guía de Productos para la Prevención y Tratamiento de Heridas Crónicas que se elaboró desde la Subdirección de Compras y Logística del Servicio Aragonés de Salud y su adaptación en nuestro Sector.

3. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP) Y HERIDAS CRÓNICAS.

Desde la Comisión de Enfermería de lesiones por presión y heridas crónicas del Sector Calatayud, se elaboró el Protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas (HC).

Tanto para la implementación y difusión del protocolo, como para la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería en la correcta práctica clínica y en el uso óptimo de los recursos humanos y materiales, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Curso Prevención y tratamiento de lesiones por presión y heridas crónicas, organizado en el hospital Ernest Lluch, desde la Comisión de Enfermería de úlceras por presión y heridas crónicas del Sector, el 29 de mayo de 2018. A este curso tratado como formador de formadores en Atención Primaria, se inscribieron al menos una enfermera de cada equipo, realizando posteriormente una sesión en sus centros.
- Sesiones sobre Prevención y tratamiento de LPP y HC en los equipos de AP, trasladando lo aprendido en el curso anteriormente citado: Villarroya de la Sierra 25 de mayo, Calatayud Norte 12 de septiembre, Calatayud Sur 13 de diciembre, Illueca 21 de septiembre, Sabiñán 11 de junio, Ateca 26 de noviembre, Daroca 1 de octubre, Morata de Jalón 14 de enero, Alhama de Aragón en el segundo semestre de 2018 y en Ariza se realizará el próximo 22 de enero de 2019.
- En el segundo trimestre de 2019 se ha programado la realización del taller "Diagnóstico diferencial, cuidados y tratamiento de lesiones de origen vascular en EEII", en el que se inscribirá un enfermero referente de cada EAP, modelo formador de formadores, con el objetivo de llegar al mayor número de enfermeros posible.

4. ATENCIÓN AL PIE DIABÉTICO

El 8 de noviembre la Dirección General de Asistencia Sanitaria, presentó en el hospital Ernest Lluch el documento del proceso de atención al pie diabético en Aragón, una de las líneas estratégicas definidas en el Programa de Diabetes. En nuestro Sector se ha establecido que la enfermera de competencias avanzadas en la atención del pie diabético sea la enfermera de la consulta de Endocrinología del hospital Ernest Lluch, miembro del equipo de apoyo del proyecto. En el primer trimestre del año en curso, desde el grupo de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

se abordarán las acciones específicas a realizar, si se precisa, para una mejor implementación del procedimiento de atención al pie diabético en nuestro Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En diciembre de 2018, después de modificar los indicadores del Proyecto (Indicadores de Impacto) y solicitar la información al IACS, estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este proyecto por el extenso contenido y los aspectos que han quedado pendientes en la consecución de los objetivos planteados, ha sido necesaria su continuidad en 2019.

Los miembros del equipo de mejora que han realizado las sesiones informativas sobre los recursos materiales y su gestión, en cada uno de los EAP del Sector, han valorado esta actividad muy positivamente. Las características propias de los EAP de la zona rural y su dispersión, ocasiona que en la logística y suministro de los materiales sanitarios surjan algunos inconvenientes, que se han podido tratar en estas reuniones.

Otra de las lecciones aprendidas ha sido la necesidad de un correcto registro de seguimiento de las heridas crónicas, para conocer y evaluar su prevalencia y duración del tratamiento mas adecuado en cada caso, objetivos principales del Proyecto Asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título
ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, TORCAL AZNAR JAVIER, GARCIA TEJADA MARGARITA, JUSTE SERAL MARIA MAR, GIL MOSTEO MARIA JOSE, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, LOZANO SERRA MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería.

La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

MÉTODO

ACCIONES:

1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

CAMBIOS PREVISTOS:

1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

INDICADORES

INDICADORES:

- % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
- % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
- % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
- % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
- % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017

Estructura:

Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.

Proceso:

Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.

Resultado:

Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

DURACIÓN

I° TRIMESTRE:

- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

II° TRIMESTRE:

- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

III° TRIMESTRE:

- Monitorización.

IV° TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODES GOMEZ JOSE
SOLANS PIQUERAS CARMEN
GIL MOSTEO MARIA JOSE
JUSTE SERAL MAR
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
LOZANO SERRANO AZUCENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación:

Sesiones de difusión del protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas del Sector:

? C.S. Morata de Jalón (14/01/2019)
? C.S. Ariza (22/01/2019)

En 2018 estas sesiones se realizaron en el resto de los equipos del Sector, completando así en 2019 la implementación del protocolo y reforzando los conocimientos en la prevención y tratamiento de las heridas crónicas. En las sesiones se recordaba también el correcto registro y codificación de los episodios en los planes personales OMI-AP.

Se impartió el taller "Diagnóstico diferencial, cuidados y tratamiento de lesiones de origen vascular en EEII". Taller con el código CA-0151/2019, dirigido a profesionales de enfermería de Atención Primaria, realizado el día 28/03/2019 y de dos horas lectivas de duración. En este taller fundamentalmente práctico los objetivos eran capacitar a los profesionales para realizar el diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares (práctica de la técnica índice tobillo/brazo), actualizar los conocimientos en los cuidados y tratamiento de las heridas crónicas en EEII de origen vascular venoso (práctica del tratamiento con sistema de compresión multicapa) y reforzar el sistema de registro en OMI-AP, en relación al cuidado y tratamiento de las lesiones de origen vascular venoso.

Seguimiento: Se hizo un corte en julio de 2019 de seguimiento de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador:

% de EAPs en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, en el periodo de estudio (100%)
Resultado = 100% de los EAPs

Indicador:

% de EAPs en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión y heridas crónicas (100%)
Resultado = 100%

Indicador:

% de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)

Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 44,82 %

Indicador:

% de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales crónico complejo a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración en el periodo de estudio (80%)

Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 83,27 %

Indicador:

% de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de úlcera de miembros inferiores, excepto las de decúbito, en los que, mediante la exploración vascular, se identifiquen las úlceras que son venosas (60%)

Medición en julio de 2019 = 3,61 %

Medición a 31 de diciembre de 2019 = 3,58 %

Fuente/procedimiento: SQL Servicio informática Calatayud

Indicador:

% de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, sin signos de afectación arterial, que han sido tratados con terapia compresiva (40%).

Fuente/procedimiento: OMI-AP

El Servicio de Informática NO ha podido extraer este indicador por los siguientes motivos:

- En los episodios a estudio no se indica el código CIE-10 asociado, imprescindible para que aparezcan totalmente diferenciados los seis episodios que comparten el código S97 de la CIAP.

- Dificultad en localizar en la base de datos la información asociada a "tratamiento con terapia compresiva"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

multicapa" dado que solo aparece esta actividad en el Plan Personal cuando hemos utilizado la codificación CIE-10.

Para la obtención de los datos de los indicadores propuestos, la DAP elaboró un manual con la descripción de los mismos y los DGPs de OMI correspondiente. Se remitió al Servicio de Informática para su explotación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre las actividades en la consecución de objetivos en la primera parte del proyecto ha sido positiva, con una adecuada implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las heridas crónicas elaborado por la Comisión del Sector. Se han realizado todas las sesiones informativas propuestas sobre la gestión en nuestro Sector y en la Central de Compras y Logística, de los materiales de cura y productos sanitarios, que junto a los cursos y talleres impartidos para la correcta práctica en las curas, ha mejorado la atención a los pacientes con heridas crónicas.

Dificultades y limitaciones encontradas: La mayor dificultad ha sido la explotación de datos por un inadecuado registro y codificación de los episodios de deterioro de la integridad cutánea en EEII. El código CIAP S97 es compartido por cuatro episodios de úlcera vascular, con el episodio de las úlceras por presión y con el del pie diabético. Es imprescindible utilizar también la codificación CIE-10, para que queden totalmente diferenciados y aparezca en el Plan Personal las actividades correspondiente en cada episodio, esto exige un cuidado en el registro que no siempre se produce.

Lección aprendida: Es necesaria la formación continua tanto de la práctica asistencial como de los sistemas de registro en la historia clínica de OMI-AP. Nos encontramos con gran variabilidad en los conocimientos tanto de la práctica clínica como en el registro de las actividades.

Sostenibilidad: Mantendremos el sistema de formación continua y correcto registro de las heridas crónicas, analizando los datos para conocer la prevalencia según la etiología y valorar la indicación de terapia compresiva en las úlceras vasculares venosas (indicador pendiente de explotación de datos).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Autores:

BUENO PASCUAL MARGARITA, TORCAL AZNAR JAVIER, GARCIA TEJADA MARGARITA, JUSTE SERAL MARIA MAR, GIL MOSTEO MARIA JOSE, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, LOZANO SERRA MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería.

La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.
6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

MÉTODO

ACCIONES:

1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

CAMBIOS PREVISTOS:

1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

INDICADORES

INDICADORES:

- % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
- % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
- % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
- % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
- % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017

Estructura:

Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.

Proceso:

Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.

Resultado:

Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

DURACIÓN

I° TRIMESTRE:

- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

II° TRIMESTRE:

- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

III° TRIMESTRE:

- Monitorización.

IV° TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0009

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CODES GOMEZ JOSE
MARCEN MIRAVETE ANA
BIERGE VALERO DAVID
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
PEREZ SANZ EVA ANGELINA
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
TURON ALCANE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACCIONES: Durante los días 23 y 24 de enero, en el Centro de Salud de Calatayud, los cardiólogos del HELL dieron el curso "Proceso asistencial en insuficiencia cardíaca. Puesta en marcha." (Código SCA-0041/2019). Asistieron un médico/a y una enfermero/a de cada EAP del Sector como referentes de dicho proceso en sus equipos. Se elaboró el listado de pacientes diagnosticados de IC (K77) para enviarlo a la espera de la puesta en marcha de dicho Proceso desde el Departamento. Los Cardiólogos del hospital mostraron su disponibilidad absoluta para iniciar sesiones clínicas conjuntas de casos clínicos.

CALENDARIO: Durante el primer cuatrimestre se ha dado la formación a los referentes. En este Sector elaboramos un Plan Personal (PP) en IC para que se activara en OMI al crear el diagnóstico. Este PP consta de varios protocolos: Sospecha de IC, analítica, informe EKG, informe ecocardiograma, AP-Seguimiento. Quedamos a la espera de la aprobación del proceso asistencial por parte del Departamento para continuar con el proyecto.

MATERIAL DE APOYO: A todos los presentes, se les entregó el documento del Proceso Asistencial Insuficiencia Cardíaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES: El 97,66% y el 94,74% de los pacientes diagnosticados de IC han pasado por las consultas de los Médicos y de las Enfermeras, respectivamente, superándose el objetivo planteado inicialmente (>80% y >85%). En enfermería, en relación al corte analizado en julio, ha habido un 1% más en el aumento de los contactos. El 12,6% de los pacientes ingresaron por el mismo motivo en julio y a final del periodo de evaluación, el 10,72%. No hemos podido evaluar el cuestionario de calidad de vida.
Fuente: Servicio de informática Hospital Enest Lluçh

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo inició el proyecto con ganas y motivado puesto que empezamos muy bien con el cronograma y la participación del sector. Tras su presentación, quedamos a la espera de la aprobación del proceso asistencial por parte del Departamento para continuar con el proyecto.
- Aspectos que han quedado pendientes: Su implementación.
- Lecciones aprendidas: Cuando empieces un proyecto, si depende de una estructura superior jerárquica, asegúrate de que haya sido aprobado previamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/9 ===== ***

Nº de registro: 0009

Título
IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, MARCEN MIRAVETE ANA, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, PEREZ SANZ EVA ANGELINA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0009

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Insuficiencia Cardíaca (IC) constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares y presenta una elevada mortalidad: 50% a los 5 años del diagnóstico (peor que la mayoría de los cánceres). Las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca se van incrementando año tras año. Según el atlas de variaciones de la práctica clínica en hospitalizaciones evitables en pacientes crónicos, en 2015 constituyó la causa principal de hospitalizaciones evitables en Aragón. Actualmente es el primer motivo de hospitalización en mayores de 65 años, siendo responsable del 5% de todas las hospitalizaciones de nuestro país. En el Sector de Calatayud, según el Atlas VPM, la tasa estandarizada por edad y sexo de las admisiones por ICC por 10.000 habitantes mayores de 40 años en 2015 ha sido de 24,44 frente a la el Sector Zaragoza II 33,89 y Zaragoza III 19,29. Dada la participación de esta Dirección en la elaboración de un Proceso Asistencial en Insuficiencia Cardíaca (PAIC) junto con el Sector de Alcañiz, pretendemos implementarlo en todos los equipos del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

Difundir e implementar un Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardíaca (IC) en el Sector de Calatayud

MÉTODO

ACCIONES

-Nombrar en cada EAP un referente médico y un referente de enfermería en IC entre los propuestos por los coordinadores.
-Elaborar un registro de los pacientes diagnosticados de IC (K77) en nuestro Sector

FORMACION:

- Formación de los referentes en el curso ya editado por el IAAP "PROCESO ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA. PUESTA EN MARCHA" con el código SCA-0041/2019 .
- Sesiones clínicas conjuntas AE/AP de casos clínicos

INVESTIGACIÓN:

- Proponer la elaboración de un estudio de investigación sobre la IC a los miembros del proyecto

RECURSOS:

- Soporte informático y ofimático

CAMBIOS PREVISTOS:

- Conocimiento de la IC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Cardiología y la AP

INDICADORES

INDICADORES:

1. Promedio de contactos de los pacientes diagnosticados de IC en consulta MF de AP
2. Promedio de contactos de los pacientes diagnosticados de IC en consulta de ENF de AP
3. Promedio de ingresos/año
4. Cuestionario de calidad de vida Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) en el primer contacto y al final

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2019

Estructura

- Sesiones formativas, difusión del PAIC, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I CUATRIMESTRE

- Nombramiento referentes del PAIC de cada EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0009

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

- Formación referentes
- II CUATRIMESTRE
- Difusión del proyecto por parte de los referentes en los EAPs
- Despliegue
- IV CUATRIMESTRE
- Monitorización. Cortes de indicadores
- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1102

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Recopilación y elaboración del manual: Sí
- Presentación e implementación en los EAPs : Sí. Mediante buzón-email se envió a todos los MF de los EAPs del Sector y se presentó en la 2ª Comisión de Dirección de AP.
- Está publicado en la Intranet del Sector? : Sí

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado de la encuesta enviada a los MF del Sector:

- N° de respuestas: 45 (70%)
- Conoces el documento?: Sí (100%)
- Lo has utilizado alguna vez?: Sí (88,9%) No (11,1%)
- Piensas que es de utilidad?: Sí (91,1%) No (8,9%)
- Número de sugerencias: 13

[Actualización periódica (2) / Creo que faltan especialidades y alguna patología más... / Cuando tenemos que solicitar alguna prueba diagnóstica o hacer alguna aclaración me parecería más sencillo poder volver a reenviar la misma interconsulta inicial dirigida a la misma persona / Solucionar IV con otros centros que no son Calatayud (I. Jiménez... / La interconsulta virtual me parece un gran avance y permite derivar al paciente con parte del estudio ya hecho. Además fomenta la comunicación y feed back con especializada, aunque todo es mejorable, claro / Posibilidad de saber si se ha mandado la interconsulta / El problema es que muchas veces los especialistas no pueden valorar las necesidades del paciente / Me parece útil tanto para el paciente como para el profesional / Debería poner el teléfono del especialista que contesta a efectos de aclarar dudas / Incluir esa información en página de interconsultas de OMI / Debería ser interactivo, que te dejara practicar. Me gustaría conocer como lo utilizan los especialistas y si tienen protocolos establecidos para contestar lo que son los procesos más frecuentes. / Que se aclaren los especialistas / Poner más patologías]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Buena acogida del documento
- Elevado número de respuestas en la encuesta.
- Analizaremos las sugerencias y las valoraremos en próximas ediciones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1102 ===== ***

Nº de registro: 1102

Título
PROCESOS ESTANDARIZADOS DE INTERCONSULTAS

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología específica
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1102

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA

PROBLEMA

Durante el primer trimestre de 2016 las Direcciones de AP de los ocho Sectores, con la finalidad de mejorar continuidad asistencial entre especializada y primaria, elaboramos unos documentos consensuados de aquellos procesos asistenciales más frecuentes y/o específicos de un número determinado de especialidades médicas. Estos procesos, mediante el uso de criterios clínicos consensuados de derivación, permiten una mejor comunicación interprofesional, continuidad en la atención y un aumento de competencias como resultado del análisis de casos conjunto. Se pretende elaborar un pequeño manual de derivación con aquellas especialidades ya trabajadas y en función del grado de aceptación completarlo con las que faltan.

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP elaborará y fomentará el uso, por parte de los médicos de familia, de un manual de recomendaciones y procedimientos consensuados para las interconsultas con los especialistas de nuestro hospital de referencia.

MÉTODO

Acciones previstas:

- Recopilación y elaboración del manual
- Presentación e implementación en los EAPs
- Publicitarlo en la Intranet del Sector

INDICADORES

INDICADOR 1

- Nombre del indicador: Procesos estandarizados de interconsulta
- Descripción: Creación de un manual con los criterios de derivación de los procesos más frecuentes en determinadas especialidades
- Fuente de datos: Procesos específicos elaborados por las DDAP para las siguientes especialidades: Cardiología, Neumología, Digestivo, endocrinología, alergias, nefrología, Cirugía General, Medicina Interna y reumatología.
- Valor a alcanzar: Creación del documento: Sí

EVALUACIÓN: Encuesta de satisfacción entre los profesionales

DURACIÓN

- 1º Trimestre 2017:
 - Elaboración y difusión a los Equipos.
- 2º y 3º Trimestre 2017:
 - Monitorización de las actividades.
- 4º Trimestre 2017:
 - Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ARIADNA DE LUCAS BARQUERO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
CODES GOMEZ JOSE
COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Constitución Grupo de Trabajo a nivel sector:

El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica y de enfermería del sector de Calatayud, un reumatólogo del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

· Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 01/02/2018, 20/03/2018, 05/09/2018, 13/09/2018.

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Además, se ha desarrollado el curso, publicado por el IAAP, para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al manejo de la osteoporosis en A.P.

· Formación:

Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Osteoporosis. Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de identificar los factores de riesgo de Osteoporosis y fractura y su prevención. Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: identificar pacientes con Osteoporosis (en las siguientes situaciones: mujeres postmenopáusicas, varones mayores de 65 años, OP inducida por glucocorticoides, OP secundarias), conocer el tratamiento más adecuado en cada una de dichas situaciones, mejorar la cumplimentación y adherencia al tratamiento de los pacientes, evitar el uso de fármacos sin criterios de tratamiento y reducir la iatrogenia.

Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de osteoporosis y el listado de pacientes. Además, se recomendó realizar consulta intervirtual al reumatólogo del hospital si estimaran oportuna la deprescripción o el cambio de algún fármaco antiosteoporótico. También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

Al curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" (6 ediciones) se inscribieron 65 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP), asistiendo al curso 61 alumnos (93.8 % asistencia).

En 2019, se estimó que no era necesario volver a realizar una acción formativa.

· Otras actividades:

El Grupo de Trabajo llevó a cabo el reparto de objetivos de forma individual, siendo este el siguiente:

-Introducción: José Codes

-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes

-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría

-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas

De forma individual, tras la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica y otros documentos sobre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Osteoporosis, se redactó y envió a la coordinadora del Grupo de Trabajo los puntos mencionados anteriormente.

- Cumplimiento del calendario:

El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:

En 2018 (1er año)

Iº TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto: El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis".
- Diseño del proceso: En la segunda reunión del Grupo de Trabajo el 20/03/2018 se muestra la propuesta de diseño del proyecto de OP y se reparten los objetivos.

IIº TRIMESTRE

- Difusión del proyecto: En la Comisión de Dirección realizada el 27/06/2018, a la que asistieron los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP del sector, se informó acerca del proyecto de OP así como de las actividades formativas que se llevarían a cabo.
- Sesiones formativas: Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018 (tercer trimestre).
- Despliegue: Posteriormente a la realización del curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria", en los EAP del sector de Calatayud se han llevado a cabo sesiones para difundir los conceptos adquiridos durante el curso al resto de los profesionales de los EAP que no pudieron acudir al curso.

IIIº TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores: En diciembre de 2018, se solicitaron los cortes de los indicadores al IACS. En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" (incluido en el proyecto), se realizó un seguimiento cuyo resultado trataremos en el siguiente punto de la memoria.

IVº TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados: A lo largo del 2018, el Grupo de Trabajo detectó que el indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contemplaba los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación. El Grupo de Trabajo deja pendiente analizar estos datos en 2019.

En 2019 (2º año)

En septiembre de 2019, se solicitaron al informático de sector los cortes de enero-agosto 2019 de los indicadores y se analizaron. A principios de enero de 2020, se volvieron a solicitar los datos correspondientes al corte de enero-diciembre 2019.

Una vez extraídos todos los datos de los indicadores se ha procedido al análisis y a la obtención de conclusiones que analizamos en los próximos puntos de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La intervención formativa a nivel sector se realizó entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018, por ello, se han explotado y analizado los datos de los indicadores en 2 periodos: preintervención y postintervención

Todos los datos que se exponen a continuación se refieren al sector Calatayud (población, nº pacientes...). Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
"Prevalencia estimada de OP ambos sexos"
Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación.
Numerador: N° de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) y algún registro en el último año.
Denominador: Población asignada (TIS) entre 40 y 85 años de edad.
Fuente: OMI-AP y BDU
-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $2614/25649 \times 100 = 10.19\%$
-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $2548/25412 \times 100 = 10.03\%$

2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
"Prevalencia estimada de OP en mujeres entre 40 y 65 años"
Definición: % de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación.
Numerador: N° de mujeres entre 40 y 65 años con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) y algún registro en el último año.
Denominador: Población mujeres asignada (TIS) entre 40 y 65 años de edad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fuente: OMI-AP y BDU

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $733/7831*100=9.36\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $710/7643*100=9.29\%$

3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Revisión índice FRAX"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro del índice de FRAX en el periodo de evaluación

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tengan registrado en el protocolo "AP-ADULTO OSTEOPOROSIS" el índice de FRAX en el periodo de evaluación

Denominador: Número de pacientes entre 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y BDU

-Resultados: No se ha podido realizar la extracción de datos de este indicador puesto que no existe un DGP índice FRAX y, a pesar de que los facultativos pueden registrar este dato en OMI-AP no se puede explotar ni analizar.

4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Revisión densidad mineral ósea (DMO)"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro del resultado de la densitometría en el periodo de evaluación

Numerador: Pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tienen registrado el resultado de la densitometría mediante el DGP "TSCOREC", "TSCOREL" ó ambos en el periodo de estudio.

Denominador: Todos los pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $92/2614*100=3.52\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $95/2548*100=3.73\%$

5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Valor de la DMO"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro que valore el resultado de la densitometría en el periodo de evaluación

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tienen valorada la prueba de interpretación T Score mediante el DGP "FRESUDMO" en el periodo de evaluación

-con el valor 'Osteopenia'

-con el valor 'Osteoporosis'

-con el valor 'Normal'

Denominador: Número de pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018):

-valorado DMO: $113/2614*100= 4.32\%$

-con el valor 'Osteopenia': $38/2614*100= 1.45\%$

-con el valor 'Osteoporosis': $58/2614*100= 2.22\%$

-con el valor 'Normal': $17/2614*100= 0.65\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019):

-valorado DMO: $101/2548*100= 3.96\%$

-con el valor 'Osteopenia': $36/2548*100= 1.41\%$

-con el valor 'Osteoporosis': $55/2548*100= 2.16\%$

-con el valor 'Normal': $10/2548*100= 0.39\%$

6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)

"Mujeres entre 40 y 65 años con tratamiento para la OP"

Definición: % de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen algún fármaco para el tratamiento de los OP en el periodo de evaluación.

Numerador: Número de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis con prescripción activa de fármacos para la osteoporosis [ácido etidróico (M05BA01) o ácido alendróico (M05BA04) o ácido ibandróico (M05BA06) o ácido risedróico (M05BA07) o ácido alendróico asociado a colecalciferol (M05BB03) o bazedoxifeno (G03XC01) o, raloxifeno (G03XC02) o teriparatida (H05AA02) o ranelato de estroncio (M05BX03) o denosumab (M05BX04)] en el periodo de evaluación.

Denominador: Número de pacientes 40 y 65 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $270/733*100=36.83\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $263/710*100=37.04\%$

En el periodo preintervención se prescribieron: 58 ácido alendróico, 27 ácido alendróico + colecalciferol, 40 bazedoxifeno, 136 denosumab, 22 ácido ibandróico, 6 raloxifeno, 7 ácido risedróico, 1 teriparatida.

En el periodo postintervención se prescribieron: 68 ácido alendróico, 23 ácido alendróico + colecalciferol, 36 bazedoxifeno, 142 denosumab, 15 ácido ibandróico, 7 raloxifeno, 10 ácido risedróico, 2 teriparatida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Este indicador es una adaptación del indicador que aparece en CM Farmacia, el cual es el siguiente:

"Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años":

Objetivo: Conocer el porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis.

Finalidad: Evitar la utilización de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años que no cumplan criterios de tratamiento.

Periodo a analizar: Prescripciones activas en la fecha de estudio.

Numerador: CIA distintos [de mujeres entre 40-65 años y con prescripción activa de fármacos para la osteoporosis [ácido etidróico (M05BA01) o ácido alendróico (M05BA04) o ácido ibandróico (M05BA06) o ácido risedróico (M05BA07) o ácido alendróico asociado a colecalciferol (M05BB03) o bazedoxifeno (G03XC01) o, raloxifeno (G03XC02) o teriparatida (H05AA02) o ranelato de estroncio (M05BX03) o denosumab (M05BX04)]].

Denominador: CIA distintos de mujeres entre 40-65 años en un cupo (Fuente BDU).

El valor ideal del indicador sería tendente al 0%. Los rangos se establecerán en función de los percentiles de los CIAS de Aragón.

Limitación: No contempla las situaciones clínicas individuales donde a pesar de las recomendaciones generales podría estar indicado en uso de fármacos en mujeres menores de 65 años. En este sentido, la justificación expuesta es válida para mujeres que no hayan tenido fracturas previas, ni otras circunstancias patológicas (tratamiento con corticoides, enfermedades reumáticas, hiperparatiroidismo, etc).

En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años", adaptado en el proyecto como "% de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación", se ha realizado un seguimiento mensual y anual de este indicador (informando continuamente a los MAP), obteniéndose a nivel de sector los siguientes resultados:

-Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.796 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2019: 3.79% (299 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.890 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2020: 3.53% (279 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.895 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

El rango máximo-mínimo indicado en el Cuadro de mandos de Farmacia es 2,34% (mínimo) y 0,75% (máximo), siendo lo ideal alcanzar el 0%. El Sector de Calatayud se encuentra fuera de rango en este indicador en el Cuadro de Mandos de Farmacia y tampoco se alcanza el estándar marcado en el proyecto el cual era obtener un resultado <1.78%. A pesar de ello, se observa un descenso en los dos últimos años del número de mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP, siendo 24 paciente menos que en 2018.

El indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contempla los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación ya que el indicador puede dar como resultado mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la OP que en principio no cumplen criterios de tratamiento pero que en realidad cumplen factores de riesgo mayores y/o menores por lo que si deben de estar con tratamiento.

Se concluye que encontrándose o no dentro de rango en este indicador, lo importante es la revisión del listado de pacientes que no cumplen criterios (numerador) y no el porcentaje en sí ya que va a variar en función de la población a estudio, y tomar medidas en cuanto a la deprescripción de tratamientos antiosteoporóticos en caso de que el facultativo lo estime necesario.

7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

"Población diagnosticada de OP y tratamiento prolongado de corticoides"

Definición: % de población entre 40 y 85 años con diagnóstico de OP (L95) y tratamiento prolongado con corticoesteroides (glucocorticoides).

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis con prescripción activa de fármacos glucocorticoides (H02AB) [Betametasona (H02AB01) o Deflazacort (H02AB13) o Dexametasona (H02AB02) o Hidrocortisona (H02AB09) o Metilprednisolona (H02AB04) o Prednisolona (H02AB06) o Prednisona (H02AB07) o Triamcinolona (H02AB08)] en el periodo de evaluación.

Denominador: Número de pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): 4/2614*100=0.15%

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): 2/2548*100=0.08%

En el periodo preintervención se prescribieron 1 betametasona y 3 deflazacort y en el periodo postintervención se prescribieron 2 deflazacort.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El trabajo realizado ha sido satisfactorio. El equipo de mejora de este proyecto va a continuar analizando los datos y realizando intervenciones en el sector si lo estimara oportuno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Dificultades/limitaciones encontradas: La principal limitación que hemos tenido ha sido la explotación de los datos, ya que algunos de ellos no se han podido obtener como el índice FRAX.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación: Este proyecto se puede hacer extensible al resto de sectores.

Conclusiones finales:

- Buena aceptación del proyecto en los EAPs
- Actualización formativa de los profesionales del sector en manejo de paciente con osteoporosis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/29 ===== ***

Nº de registro: 0029

Título
GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Autores:
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

MÉTODO

ACCIONES

1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

FORMACION

- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

INVESTIGACIÓN

- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS

- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

CAMBIOS PREVISTOS

- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

INDICADORES

INDICADORES

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura:

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso:

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado:

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I° TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

II° TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

III° TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores.

IV° TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE WAFI BEN CHEIKH EL AAYUNI
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUENO PASCUAL MARGARITA
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
CLEMENTE SALA ESPERANZA
PONCE LAZARO MARIA JOSEFA
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el un grupo de esterilización con fecha del 28/02/2019, este grupo incluye Técnico de Salud de AP, Directora de Enfermería de AP, Farmacéutico de AP, TCAE C.S Calatayud Norte, Higienista dental C.S Calatayud y la Responsable de Esterilización Hospital Ernest Lluch.

Se celebraron 4 reuniones en las siguientes fechas: 28/02/2019, 27/08/2019, 30/08/2019 y 27/09/2019, para elaborar el procedimiento de limpieza, desinfección y esterilización. Actualmente disponemos del procedimiento pendiente de la aprobación del propio grupo y de la comisión de Gestión Clínica y calidad asistencial en Atención Primaria. De forma paralela, se celebró un curso de formación de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP, el 16/09/2019 de 13:00-15:00 (9 alumnos), realizamos un curso similar el 20/11/2018 (14 alumnos), asegurando la formación a todos los responsables de los equipos incluidas las dos higienistas de la USBD. No obstante, la realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP no se realizó aplazando dicha formación después de la aprobación del procedimiento durante 2020.

El objetivo general del curso fue actualizar los conocimientos del proceso de limpieza, desinfección y esterilización en Atención Primaria.

Los objetivos específicos fueron:

Primero: adquirir habilidades para realizar la limpieza de los materiales sanitarios de forma correcta y segura, la desinfección de los materiales sanitarios semi-críticos o críticos, y la esterilización de los materiales sanitarios en los Miniclaves de vapor de los centros de salud.

Segundo: adquirir conocimiento y habilidades para el control de proceso de esterilización.

El Sector de Calatayud incluye 10 EAP, los equipos de Atención Primaria de Calatayud Norte y Calatayud Sur comparten el mismo esterilizador (ubicados en el mismo edificio), junto a la USBD (Unidad de salud Bucodental) que dispone de 2 esterilizadores uno en cada consulta. En total, en el Sector, hay 11 esterilizadores. Todos proporcionan exclusivamente ciclos de tipo B. Realizamos 9 auditorías del proceso de esterilización en todos los centros de salud a la excepción del EAP de Daroca.

Los centros auditados son: Alhama de Aragón(19/12/19), Ariza (29/11/19), Ateca (29/11/19), Calatayud Norte/Sur (21/01/20), 2 Consultas de Odontología de la USBD (21/01/20), Illueca (15/11/19), Morata de Jalón (15/11/19), Saviñan (15/11/19) y Villarroya de La Sierra (17/01/2020).

Los puntos principales auditados fueron:

1. Proceso de limpieza: disponibilidad del material necesario (bateas, Cubeta de tamaño adecuado, Agua corriente, detergente enzimático, cepillo de cerdas de nylon, papel para el secado), y el cumplimiento de las técnicas de limpieza (diluir el detergente enzimático, retirar los restos macroscópicos de materia orgánica, sumergir, cepillar, aclarar, secar, inspeccionar y empaquetar).

2. Esterilización: Preparación del autoclave, envasado de los materiales, realizar el Test de Bowie & Dick, cargar el autoclave, descargar el autoclave, controles de calidad y registros del proceso de esterilización.

3. Almacenaje, distribución y transporte de instrumentos.

La duración de las auditorías fue de 30 min a 60 min dependiendo del grado de implementación del proceso de esterilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud: límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%

Realizamos 9 auditorías (que incluyen 8 centros de salud y la USBD, el equipo de Daroca no fue auditado, lo programamos para el año 2020) que incluyen 10 esterilizadores, siendo el 90% de los centros.

? Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta. Límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%

Consideramos que un equipo está realizando los procedimientos de limpieza y esterilización de forma correcta si cumplen como mínimo estos criterios:

- Proceso de limpieza:

Disponer de los materiales necesarios para la limpieza y utilización de los equipos de protección personal.

Seguir los pasos correctos de limpieza recogidos en el procedimiento (enjuagar bajo el chorro de agua fría, diluir el detergente enzimático siguiendo las indicaciones del fabricante, sumergir el instrumento el tiempo recomendado, cepillar, aclarar, secar, inspeccionar visualmente).

- Proceso de esterilización:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Realizar de forma correcta el empaquetado de los instrumentos, la preparación del autoclave, realización de la prueba de Bowie-Dick, cargar el autoclave, descargar el autoclave, interpretación de los resultados de los controles de calidad y cumplimentación de los registros de control de carga.
El check-List de la auditoría recoge de forma más detallada cada uno de los puntos anteriormente mencionados. Las principales desviaciones registradas fueron:
1. Se evidencia la utilización de material abrasivo para la limpieza de los instrumentos en el 50% de los equipos, y que algunos profesionales cepillan los instrumentos antes de sumergirlos en el detergente lo que maximiza la aerosolización de los microorganismos.
2. Se evidencia que no se respeta las indicaciones del fabricante para la dilución del detergente enzimático, por ejemplo: dilución del detergente con días de antelación (10%), utilizar un desinfectante de alto nivel para la limpieza de los instrumentos (20%), utilización de detergente caducado (10%), el remojo prolongado 100%.
En el 20 % de los esterilizadores no se puede imprimir los parámetros físicos de control del proceso (temperatura, presión y tiempo) por falta de impresoras. En el 30% de los esterilizadores no se realizan la prueba de Bowie-Dick por desconocimiento de los profesionales responsables de esterilización (incorporación nueva o porque no asistieron al curso).
? Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización: Límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%
Disponer de los registros de control de carga que deben recoger los siguientes datos: fecha y número de ciclo, los resultados de los controles físicos impresos de cada ciclo, de los indicadores químicos externos, de la prueba de Bowie-Dick, de los integradores químicos (todos grapado en la misma hoja), y del indicador Biológico (la etiqueta pegada en la misma hoja).
El 100 % de los equipos disponen de registros de carga (60 % utilizan el formato nuevo). El 80% de los equipos no indican el número de ciclo (suelen realizar un ciclo a la semana), a la excepción a Calatayud Norte/Sur y en la USB.
En el 80 % de los esterilizadores disponen de controles de parámetros físicos impresos, presión. En el 70% de los esterilizadores se realizan la prueba de Bowie-Dick. En el 100% se realiza el indicador biológico semanalmente, a la excepción de algunos equipos lo realizan cuando tienen ciclos (1 ciclo cada quince días debido al poco volumen de instrumentos).
? Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs: las sesiones de formativas no se realizaron, se han programada para el 2020, en forma de curso-taller de dos horas que serán impartidas en cada equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora de forma positiva las actividades realizadas; la formación a nivel de los responsables de esterilización y la realización de las auditorías que nos ha permitido valorar el grado de cumplimiento de los procedimientos detectando las diferentes desviaciones que nos permitirá la adaptación del curso-taller que se va realizar en 2020. Este último es uno de los aspectos que quedaron pendientes, además de, la aprobación del procedimiento y la adquisición de 2 impresoras para poder disponer de controles de parámetros físicos impresos. La probabilidad de replicación en otros sectores es alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/46 ===== ***

Nº de registro: 0046

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Autores:
BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa, BUENO PASCUAL MARGARITA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, CLEMENTE SALA ESPERANZA, PONCE LAZARO MARIA JOSEFA, LAYUS ABAD MARIA CRISTINA, PEREZ TORNOS MARIA CARMEN, BERNAL TORRES MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

PROBLEMA

Desde el año 2014, la Dirección de Atención Primaria del Sector, ha puesto en marcha acciones de mejora para resolver las incidencias detectadas en las auditorías internas y externas del SGC ISO 9001:2008 relacionadas con los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario. La implantación del mantenimiento preventivo anual de todos los esterilizadores, la impartición de sesiones formativas a los responsables de esterilización y la dotación de todos los centros de un esterilizador clase B fueron algunas de las acciones de mejora realizadas. No obstante, la necesidad de un plan integral de mejora es imprescindible para unificar los procedimientos y mejorar la formación y capacitación de los profesionales responsables de esterilización.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal:

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en AP a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.

Objetivos específicos:

1. Unificar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el sector.
2. Mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos.

MÉTODO

1. Crear un grupo de esterilización en Atención Primaria que integrará la técnico de salud como coordinadora del grupo, la supervisora de la central de esterilización del Hospital Ernest Lluch, una higienista, una auxiliare de enfermería y dos enfermeras.
2. Elaboración el procedimiento de limpieza desinfección y esterilización
3. Difusión del procedimientos: realización de un curso de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora

INDICADORES

1. Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs: límites superior e inferior: 80-100% ; valor a alcanzar: 90%
2. Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud: límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
3. Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
4. Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%

DURACIÓN

1. Creación del Grupo de trabajo de esterilización -->febrero 2019
2. Elaboración el procedimiento --> febrero 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
3. Curso "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria Sector Calatayud" --> febrero - marzo 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP (10 sesiones en total). Abril - junio 2019, responsables: responsables de esterilización que han recibido el curso anteriormente mencionado
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud (10 auditorías en total) --> Septiembre - octubre 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora --> octubre - diciembre 2019: DAP del sector

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0337

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ARTAL GOMEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA ORERA MARIA SOL
LOPEZ GARCIA CONCEPCION
FORTEA GRAN SONIA
DORADO ALVARADO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* ACTIVIDADES: RECOGIDA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MAS HABITUALES QUE REALIZA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS ENFERMERÍAS Y ANATOMIA PATOLÓGICA
* RECURSOS: BENCHMARKING CON LO QUE CONOCEMOS DE OTROS HOSPITALES
* DIFUSIÓN: DEL DOCUMENTO EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍAS Y ENTREGA A TODAS LAS NUEVAS INCORPORACIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
* SE HA ELABORADO UN PROCEDIMIENTO QUE ABARCA LA MAYOR PARTE DE LOS PROCESOS QUE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO MANEJA EN SU DIA A DIA
* IMPACTO: REDUCCIÓN DE LA INCERTIDUMBRE Y LA VARIABILIDAD DE ACTUACIÓN ASÍ COMO LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE APRENDIZAJE INICIAL DE LAS NUEVAS INCORPORACIONES, BIEN EXTERNAS O POR MOVILIDAD INTERNA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
* LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESCRITO Y ACTUALIZADO PERMITE LA MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, GARANTIZANDO UNOS ESTÁNDARES DE EFICACIA Y EFICIENCIA ADECUADOS.
* ES PRECISO Y ASÍ SE PROPONE, REVISAR EL PROCEDIMIENTO UNA VEZ AL AÑO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/337 ===== ***

Nº de registro: 0337

Título
ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTA Y ANATOMIA PATOLOGICA EN EL Sº DE ADMISION DEL HOSP. ERNEST LLUCH

Autores:
ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN, GRACIA ORERA MARIA SOL, LOPEZ GARCIA CONCEPCION, FORTEA GRAN SONIA, DORADO ALVARADO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada rotación por diversos motivos el personal temporal y las incorporaciones a través de OPES de personal fijo, provocan la incorporación de trabajadores fijos que pueden no tener experiencia alguna en el trabajo específico a desarrollar. Esto hace que exista un periodo más o menos largo de tiempo en que el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0337

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH

personal no puede desempeñar su trabajo con la máxima eficacia, provocando periodos más o menos largos de ineficiencia.

Hará posible la polivalencia del personal del Servicio de Admisión al disponer de un soporte, que facilite el desempeño puntual de esas funciones por los trabajadores adscritos a otras unidades de admisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un manual en el que se expliciten la mayor parte de procesos y procedimientos que el personal administrativo debe manejar en su día a día, de manera que disponga de un soporte documental que complemente el acompañamiento de una compañera "veterana" mientras se le instruye en el nuevo puesto de trabajo, reduciendo su incertidumbre y tiempo de formación inicial.

MÉTODO

Recogida de los procesos y procedimientos más habituales que realiza el personal administrativo de esos servicios.

- .Hacer un benchmarking somero con lo que conocemos de otros centros del SALUD.
- .Conservar un documento que refleje la labor diaria del administrativo.
- .Difusión del documento en los Servicios y entrega a todas las nuevas incorporaciones.

INDICADORES

- Existencia física del manual en un formato sencillo y manejable para el profesional
- Disponibilidad del mismo en los Servicios.
- Entrega al 100% de las nuevas incorporaciones.
- Protocolo de revisión anual del mismo

DURACIÓN

- Primer y segundo trimestre 2018:
Recogida de bibliografía, mantenimiento de reuniones de equipo y elaboración de primer borrador de documento.
- Tercer trimestre 2018:
Emisión de documento definitivo, aprobación por comisión de dirección del centro y difusión en el hospital a través de intranet e impresión en todos lo servicios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ TARANCON RICARDO
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 hemos desarrollado durante este año 2017 las siguientes actividades:

1. De enero a marzo de 2017 se realizó la revisión de los Procedimientos y registros vigentes, así como, el resto de documentación que forma parte de nuestro Sistema de Calidad con el fin de preparar la Auditoría Interna.
2. La Auditoría Interna tuvo lugar el 16 de marzo de 2017
3. El 24 de marzo de 2017 se realizó Revisión por la Dirección
4. Durante los meses de marzo a octubre se prepararon los nuevos Procedimientos y se hicieron los estudios necesarios para preparar la ampliación del alcance en la Auditoría Externa. La revisión del Sistema de Calidad que hemos realizado durante el año 2017 incluye la reclasificación de algunos procedimientos de nivel III a nivel II, la creación de nuevos procedimientos con sus correspondientes registros, y la revisión de los ya existentes. Dentro de los Procedimientos de Nivel II se han elaborado nuevas versiones de 8 Procedimientos y se han elaborado 17 nuevos Procedimientos. En los Procedimientos de Nivel III se han elaborado nuevas versiones de 6 Procedimientos y se han elaborado 9 nuevos Procedimientos.
5. La Auditoría Externa tuvo lugar el 14 de diciembre de 2017, y en ella se revisaron las técnicas ya acreditadas, y se auditaron las técnicas propuestas para ampliar el alcance.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el informe de la Auditoría Interna realizada en los laboratorios de Bioquímica y Microbiología con objeto de evaluar el mantenimiento de los alcances acreditados se detectaron 11 Desviaciones. Tras recibir el informe de Auditoría se procedió a abrir las correspondientes NO CONFORMIDADES donde se detallaron las desviaciones detectadas y las acciones emprendidas para su corrección. En el informe de la Auditoría Externa, recibido el 29 de diciembre de 2017, se detectaron 8 Observaciones y ninguna No Conformidad. Estamos trabajando en el tratamiento de estas Observaciones de acuerdo a lo indicado en el apartado 6 de la NO-11 "Desviaciones: clasificación y tratamiento". Una vez completado este proceso se procederá a enviar la información a ENAC, y si la entidad considera correctas las acciones emprendidas emitirá el informe final confirmando el mantenimiento y ampliación del alcance. Las técnicas auditadas para valoración la ampliación del alcance han sido: Creatinina en orina, Urea en orina, Glucosa en orina, Ácido Úrico en orina, Proteínas Totales en orina, Albúmina en orina, Ión Sodio en orina, Ión Potasio en orina, Cloruro en orina, Fosfato en orina, Calcio en orina, Magnesio en orina, alfa-Amilasa en orina y Sangre Oculta en Heces.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un sistema de gestión de la calidad permite dirigir y controlar la calidad de un laboratorio. El mantenimiento y la ampliación de las técnicas acreditadas es una buena estrategia para mejorar la calidad de los Laboratorios, siendo el resultado final de la acreditación el reconocimiento formal del cumplimiento del Laboratorio de los estándares relativos a los laboratorios clínicos.

7. OBSERVACIONES.

He indicado que la memoria es de seguimiento porque todavía no tenemos el informe final de ENAC en el que se confirme la ampliación y mantenimiento del alcance.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/712 ===== ***

Nº de registro: 0712

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Título
MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
ESTEVE ALCALDE PATRICIA, GAMERO VILLARROEL CARMEN, ESCOBAR MEDINA ANTONIA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Laboratorio de Bioquímica para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es:
- Mantener el alcance acreditado
- Ampliar el alcance de acreditación a las siguientes técnicas:
- Creatinina en orina
- Urea en orina
- Glucosa en orina
- Ácido úrico en orina
- Proteínas Totales en orina
- Albúmina en orina
- Ión sodio en orina
- Ión potasio en orina
- Cloruro en orina
- Fosfato en orina
- Calcio en orina
- Magnesio en orina
- Alfa-amilasa en orina
- Sangre oculta en heces

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir renovar la Acreditación ISO 15189 y ampliar su alcance por un organismo independiente (ENAC), lo cual representa un reconocimiento oficial del prestigio y capacidad técnica del Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch para la realización de ensayos físico-químicos y una garantía de la fiabilidad de dichos ensayos de cara a la ciudadanía a cuyo servicio, en el ámbito de la Salud Pública, está el Laboratorio.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (por ejemplo, informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Los puntos que vamos a trabajar para ampliar el alcance de acreditación son:
- Detallar las condiciones preanalíticas que afecten al ensayo de las nuevas pruebas a acreditar: solicitud, preparación previa del paciente, recogida de muestra, transporte de muestra, manipulación de muestra, preparación de muestra, almacenamiento hasta su análisis.
- Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar.
- Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos que se precisen.

INDICADORES
% Nuevos ensayos acreditados por ENAC frente a las totales que se van a proponer.
Fórmula: N° NUEVOS ensayos acreditados por ENAC *100 / N° ensayos presentados para ampliación del alcance.
Meta: superior al 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Número de NO CONFORMIDADES en la auditoría externa
Meta: inferior a 5

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos: Febrero 2017
Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar: Febrero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril 2017
Auditoria Externa: Octubre/Diciembre 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Marzo 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Enero 2018
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA MUÑOZ PEÑA
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se informó a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las diferentes alternativas respecto al modo de extracción de las muestras de gasometrías en los pacientes ambulatorios a partir del 1 de mayo de 2018. Las indicaciones fueron las siguientes: "El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica". Además, cuando en el laboratorio se reciben las peticiones analíticas y las muestras sanguíneas de los pacientes que han optado por realizarse la extracción en el centro de salud (excepto la gasometría), se les localiza telefónicamente para comunicarles y cerciorarnos de que se presencian en el laboratorio el día de la consulta externa 45 minutos antes de ésta para la extracción de la muestra de gasometría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En esta primera memoria de seguimiento, el periodo evaluado es desde el 1 de mayo de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018. En total se ha obtenido un 4.3% de falta muestra de gasometría (indicador), por lo tanto se ha logrado alcanzar el objetivo propuesto (<5%).

Los resultados mensuales obtenidos fueron los siguientes:

- Mayo: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 33 gasometrías, presenciándose únicamente un paciente (3%) sin resultados por falta de muestra; cumpliéndose así el objetivo propuesto.

- Junio: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 38 gasometrías, presenciándose dos pacientes (2.6%) sin resultados por falta de muestra. Por lo tanto, este mes se continua alcanzando el objetivo definido.

- Julio: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 34 gasometrías, presenciándose dos pacientes (5.9%) sin resultados por falta de muestra. Por lo tanto, este mes no se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Agosto: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 35 gasometrías, presenciándose cuatro pacientes (11.4%) sin resultados por falta de muestra. De nuevo, este mes no se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Septiembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 38 gasometrías, presenciándose un paciente (2.6%) sin resultados por falta de muestra. Este mes se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Octubre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 39 gasometrías, presenciándose un paciente (2.6%) sin resultados por falta de muestra. De nuevo, este mes se alcanzó el objetivo propuesto.

- Noviembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 32 gasometrías, presenciándose dos pacientes (6.2%) sin resultados por falta de muestra. Este mes, no se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Diciembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 34 gasometrías, presenciándose el total de pacientes con los resultados. Por lo tanto, se logró alcanzar el objetivo propuesto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto de mejora se logra que prácticamente la totalidad de los pacientes acudan a la consulta externa con la petición analítica completa, evitando así segundas consultas por falta de pruebas complementarias necesarias para conseguir una atención sanitaria eficiente y eficaz. Además, se logra una mejora asistencia ya que a los pacientes se les brinda la oportunidad de elegir el modo de extracción de las muestras de gasometrías. No obstante, se volverá a informar del proyecto a Atención Primaria y Atención Especializada mediante el reenvío de la nota informativa para intentar lograr un mejor valor del indicador.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

*** ===== Resumen del proyecto 2018/557 ===== ***

Nº de registro: 0557

Título
PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

Autores:
MUÑOZ PEÑA CRISTINA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS, MALO YAGÜE MARTA, PAJARES BERNAD ISABEL, ESCOBAR RAMON MARIA JESUS, ARTOS LABORDA MARIA DE LOS ANGELES, ETABOUDI SAMIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha considerado llevar a cabo este proyecto al detectar la falta de muestras de gasometrías de peticiones de Atención Especializada, cuya extracción del resto de muestras se había realizado en Atención Primaria. Para realizar una correcta interpretación de los resultados de gases sanguíneos, la extracción de la muestra no puede ser ambulatoria sino hospitalaria; por ello, ante la solicitud de gasometría arterial y/o jeringa venosa deberá remitirse al paciente al hospital para realizar la extracción. Esta situación implica que los pacientes tengan que desplazarse en dos ocasiones al hospital, el día de la extracción y el día de la consulta. Teniendo en cuenta que el análisis de gases debe realizarse inmediatamente a la extracción, y los resultados están disponibles en apenas 15 minutos; consideramos oportuno ofertar a los pacientes la posibilidad de realizar una primera extracción en su centro de salud de todas las muestras excepto la de la gasometría, la cual se llevará a cabo en el laboratorio del hospital el mismo día de la consulta externa. Con este modo de actuación, el paciente tendrá que desplazarse al hospital una única vez, enorme ventaja principalmente para la población anciana, la cual es mayoritaria en las solicitudes de gasometrías. El posible inconveniente es que serán precisas dos punciones; por ello, el paciente que así lo desee, podrá continuar yendo al hospital, días previos a la consulta, para la extracción de todas las muestras en una única punción.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es garantizar que todos los pacientes de Atención Especializada con solicitud de gasometría sanguínea, se presencien en consulta con los correspondientes resultados. Además, este objetivo principal se conseguirá a través de una mejora asistencial, al ser los propios pacientes quienes eligen, según sus requerimientos, el modo de extracción de la muestra de gasometría.

MÉTODO

Para lograr los objetivos previstos, el laboratorio ha contactado con los facultativos especialistas de las diferentes especialidades para informar del propósito de la mejora asistencial, acordándose que será preciso la solicitud de los diferentes parámetros determinados en la muestra de gasometría sanguínea en una petición distinta al resto de parámetros que se desee evaluar. Además, se informará a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las siguientes indicaciones: "El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica".

INDICADORES

El indicador para monitorizar el proyecto será "Falta muestra de gasometría". Se contabilizarán y evaluarán mensualmente las muestras de gasometrías procedentes de Atención Especializada que no son extraídas. Se fija como estándar un valor < 5%.

DURACIÓN

Las actividades previstas para conseguir una mejora asistencial y obtener el menos número posible de "falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

muestra de gasometría" de Atención Especializada, serán implantadas por el Responsable de Calidad del laboratorio y por el facultativo especialista responsable de las gasometrías sanguíneas. La fecha prevista para el inicio del proyecto será el 1 de mayo de 2018, siendo indefinida la aplicación de las actividades, siempre y cuando no aparezcan inconvenientes una vez iniciado el desarrollo 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 - 2018/0558

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN
GONZALEZ TARANCON RICARDO
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA
SANCHEZ REMACHA BLANCA
SANZ FOIX PERFECTA
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS
RAMO ORTIZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos una reunión entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología en la que se acordó las pruebas funcionales que se iban a incluir en el Protocolo de Pruebas Funcionales del Hospital Ernest Lluch, en concreto 25.

Se ha elaborado el Protocolo de Pruebas Funcionales del Hospital Ernest Lluch en el que se detallan aspectos de organización (lugar de realización, citación, consentimiento informado, equipos,..), el procedimiento de toma de muestra y la explicación detallada de la prueba funcional (tipo de muestras, pruebas a determinar, estímulo, condiciones preanalíticas, procedimiento, condiciones de conservación de las muestras, y las condiciones de conservación y manipulación de la medicación).

Se han preparado los consentimientos informados para cada una de las pruebas funcionales descritas.

Se ha enviado a la Comisión de Calidad el procedimiento para su aprobación y codificación.

Se ha cursado al Comité de Ética del Sector Calatayud la solicitud de aprobación de los consentimientos informados.

El registro de enfermería está pendiente de aprobación por la Comisión de historias.

No se ha realizado la presentación del protocolo al sector porque está en proceso de aprobación y codificación.

Hasta ahora se ha cumplido el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como el proyecto está pendiente de implantación no se han recogido todavía indicadores que informen del impacto de la implantación de este protocolo.

El nuevo espacio habilitado en el Hospital Ernest Lluch para la realización de estas pruebas cumple los requisitos para asegurar la comodidad, privacidad y seguridad del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración del protocolo nos ha permitido revisar en profundidad la organización y la metodología de las pruebas funcionales, lo cual va a permitir la estandarización en su realización.

El paciente recibirá información adecuada acerca de la prueba funcional mediante instrucciones escritas, para así asegurar su correcta preparación para el procedimiento .

7. OBSERVACIONES.

GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS ya no es personal del SALUD. Me gustaría saber si podemos incluir a un nuevo componente en su lugar.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/558 ===== ***

Nº de registro: 0558

Título
ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
ESTEVE ALCALDE PATRICIA, MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, GONZALEZ TARANCON RICARDO, AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA, SANCHEZ REMACHA BLANCA, SANZ FOIX PERFECTA, GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS, RAMO ORTIZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0558

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Seguridad del Paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Ernest Lluch gestiona la realización de las pruebas funcionales endocrinas, pero no se dispone de un procedimiento que recoja los protocolos de las principales pruebas dinámicas.

La elaboración de un documento consensado entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología de nuestro hospital facilitará el desarrollo adecuado, sistematizado y estandarizado de las pruebas funcionales endocrinológicas. Entre los puntos a definir en el procedimiento destacar el consentimiento informado o información que se le proporciona al paciente acerca de la prueba, ya que con su implementación garantizaremos que el paciente reciba la información adecuada para valorar la conveniencia de someterse a las intervenciones asistenciales que se le proponen.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es desarrollar un protocolo para la realización y gestión de las pruebas funcionales endocrinológicas realizadas en el Laboratorio del Hospital Ernest Lluch con el fin de mejorar la calidad del proceso y aumentar la seguridad del paciente.
Entre los objetivos secundarios estarían:

- exponer en un documento normalizado los protocolos de las principales pruebas funcionales realizadas en el Laboratorio
- proporcionar información completa sobre las pruebas dinámicas que se realizan en nuestro laboratorio para conseguir una mejor utilización del laboratorio clínico
- lograr una mejor comunicación con los pacientes
- reflejar en un documento oficial la autorización del paciente para someterse al procedimiento diagnóstico

MÉTODO

- Reunión inicial entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología para definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo.
- Elaborar un documento que incluya el fundamento de la prueba, el procedimiento y sus limitaciones.
- Preparar un formulario de información y consentimiento informado para cada prueba funcional recogida en el procedimiento.
- Presentar el Protocolo de Organización de las Pruebas Funcionales en la Unidad de Calidad del Sector.
- Presentar en la Comisión de Historias los modelos de consentimientos informados para su inclusión como documento de la historia clínica.
- Sesión formativa al personal de enfermería del Laboratorio.

INDICADORES

1. Número de pruebas funcionales solicitadas no incluidas en el protocolo
2. Número de pacientes que no presentan el CI en el momento de la extracción
3. Número de pacientes que acuden a realizarse la prueba con preparación insuficiente
4. Problemas en la toma de muestra (no extracción de muestra en el tiempo X de la prueba, no finalización de la prueba por indisposición del paciente,...)

DURACIÓN

- Definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo: segundo trimestre de 2018
- Elaboración del procedimiento de pruebas funcionales: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Elaboración del consentimiento informado: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Revisión, aprobación y difusión en el Sector: Primer trimestre de 2019
- Recogida de indicadores y seguimiento: mensualmente desde su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1311

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA AINA MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA LASSA CARMEN
SANCHEZ REMACHA BLANCA
PATON FERNANDEZ RAMONA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan búsquedas bibliográficas sobre la descripción de la técnica de flebotomía, indicaciones, procedimientos y protocolos de otros hospitales, requisitos para su realización y posibles complicaciones, así como recomendaciones para el paciente una vez realizada la prueba.

Se programan reuniones periódicas del equipo, donde se pone en común el material encontrado y se determina las actuaciones a seguir, configurando el procedimiento enfermero.

Los recursos utilizados son artículos de revistas de enfermería, portales médicos y publicaciones de internet. Se consulta con otros profesionales para aclarar puntos y resolver dudas, como es el caso de Prevención de Riesgos Laborales.

Cuando llegan a la unidad nuevos profesionales de enfermería se les forma en base a los acuerdos alcanzados en la elaboración del procedimiento para trabajar según criterios unificados que aporten seguridad al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se confecciona una encuesta de satisfacción dirigida a los pacientes a los que se les ha realizado una flebotomía o sangría terapéutica en el periodo de un mes. Los pacientes que vienen de manera periódica, suelen venir más de una vez al mes y responden de forma voluntaria a esta encuesta. Contamos con un total de 12 encuestas contestadas. La encuesta cuenta con cinco puntos a valorar, de manera que se determina el porcentaje de pacientes satisfechos a los que se realiza una flebotomía en cada uno de ellos.

Numerador: Pacientes a los que se realiza una flebotomía y responden de manera favorable a la encuesta de satisfacción.

Denominador: Pacientes totales a los que se realiza una flebotomía y responden a la encuesta de satisfacción.

Los resultados obtenidos son:

- El 100 % de los pacientes que responden a la encuesta dicen recibir la información necesaria, previa a la realización de la prueba.
- El 100% de los pacientes responde que el personal que le realiza la prueba le explica en que consiste la misma y qué es lo que se le va a hacer.
- El 91,6 % de los pacientes percibe que la enfermera o el enfermero le transmite tranquilidad durante el proceso.
- El 100% de los pacientes considera que recibe los cuidados necesarios durante la realización de la prueba.
- El 100% de pacientes dice que obtiene consejos de salud o recomendaciones tras la realización de la prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos, la valoración del equipo de mejora es positiva. La determinación de criterios y actuaciones claras y unificadas para la realización de la técnica de flebotomía proporciona seguridad al paciente y ayuda a los profesionales que vienen a trabajar a la unidad. Queda pendiente la posibilidad de trabajar con la historia clínica electrónica del paciente para que estén debidamente registrados en la misma todos los datos relativos a la prueba, como signos y síntomas del paciente, desarrollo de la prueba y posibles incidencias, y quedaría para un protocolo más amplio la inclusión de elementos como consentimiento informado para el paciente y solicitud de prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1311 ===== ***

Nº de registro: 1311

Título
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN FLEBOTOMIAS O SANGRIAS TERAPEUTICAS

Autores:
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA, ARANDA LASSA CARMEN, SANCHEZ REMACHA BLANCA, PATON FERNANDEZ RAMONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1311

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LAS FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS SON TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE SE APLICAN A LOS PACIENTES PARA TRATAR CIERTO TRASTORNOS DE LA SANGRE Y SON REALIZADOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN NUESTRO BANCO DE SANGRE. EN LA ACTUALIDAD, CARECEMOS DE UN PROCEDIMIENTO QUE DEFINA LAS ACTUACIONES ESTANDARIZADAS EN CUANTO A LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA QUE SE LLEVAN A CABO. CREEMOS QUE CON LA ELABORACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO PROPORCIONAREMOS UNA MEJOR ATENCIÓN GARANTIZANDO UNA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

DESARROLLAR UN PROCEDIMIENTO ENFERMERO CON ACTUACIONES ESTANDARIZADAS PARA LA REALIZACIÓN DE FLEBOTOMIAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH QUE APLIQUE CRITERIOS UNIFICADOS. GARANTIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE LA TÉCNICA DE FLEBOTOMÍA.

MÉTODO

- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO
- RECOGIDA DE BIBLIOGRAFIA PARA ELABORAR UN PRIMER BORRADOR
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DEFINITIVO Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES.
- REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMÍA.
- APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN
- DIFUSIÓN MEDIANTE SESIÓN INFORMATIVA AL PERSONAL DE LA UNIDAD CLÍNICA DE LABORATORIO E INTRANET DEL CENTRO.

INDICADORES

- 1- EXISTE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
- 2- PORCENTAJE DE PACIENTES SATISFECHOS A LOS QUE SE LES HA REALIZADO UNA FLEBOTOMÍA:
NUMERADOR: PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA FLEBOTOMIA Y RESPONDEN FAVORABLEMENTE A LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.
DENOMINADOR: PACIENTES TOTALES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMIA
EVALUACIÓN: SE EVALUARÁN TODOS LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA ESTA TÉCNICA EN UN MES.

DURACIÓN

- SEGUNDO TRIMESTRE 2019:
- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
 - MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO
 - RECOGIDA DE BIBLIOGRAFIA PARA ELABORAR UN PRIMER BORRADOR
- TERCER TRIMESTRE 2019:
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DEFINITIVO Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES.
 - REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMÍA.
- CUARTO TRIMESTRE 2019:
- APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN
 - DIFUSIÓN MEDIANTE SESIÓN INFORMATIVA AL PERSONAL DE LA UNIDAD CLÍNICA DE LABORATORIO E INTRANET DEL CENTRO.
 - EVALUACIÓN DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0279

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE MAURICIO MOLODEZKY HORTT
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO SALAS REBECA
CARNICERO GIMENO LAURA
ORTIZ ENCISO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas para la elaboración de la nueva hoja de registro anestésico ha sido una búsqueda bibliográfica pormenorizada de la literatura actual, con respecto a los valores a considerar en el intraoperatorio, la estancia en la sala de reanimación, el registro farmacológico y las técnicas realizadas en quirófano.

Se han buscado modelos de registro de hospitales de referencia (HCU Lozano Blesa, HU Miguel Servet y H. Royo Villanova), y se ha preguntado a anesthesiólogos de esos hospitales acerca de la idoneidad de su hoja de registro, defectos, errores de forma, puntos positivos y datos que serían necesarios y no forman parte de su registro. El proyecto no ha podido cumplir los plazos del calendario marcado. Se ha comunicado a los profesionales de quirófano el proyecto y se ha facilitado un correo de sugerencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado del proyecto se encuentra inacabado, en fase de preparación. ya que se trata de un instrumento muy importante para nuestra actividad profesional, debe quedar perfectamente realizado. Se ha realizado un borrador de la hoja de registro, que debe ser validada por la dirección del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora muy positivamente las actividades realizadas, la búsqueda bibliográfica y la opinión de otros especialistas que desarrollan su actividad profesional en otros centros ha resultado muy eficaz. Ha quedado pendiente la valoración final de la hoja de registro y su implantación correspondiente en el bloque quirúrgico. La intención del equipo es la consecución del proyecto cuanto antes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/279 ===== ***

Nº de registro: 0279

Título
ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

Autores:
MOLODEZKY HORTT MAURICIO, VILLARROEL PINO ENRIQUE, CARNICERO GIMENO LAURA, ORTIZ ENCISO MARTA, ALONSO SALAS REBECA, CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD, GARCIA SIMON RAQUEL, SOPESENS GARETA JOSE MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a actos anestésicos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Actualización de documento médico-legal.

PROBLEMA
La hoja de anestesia es un instrumento médico legal que se utiliza para registrar todo lo sucedido durante un acto anestésico (técnica, monitorización, medicamentos utilizados, incidencias, observaciones, etc). A día de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0279

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

hoy la que contamos en nuestro centro se encuentra desactualizada, además de falta de espacio para notas u observaciones y no cuenta con casilleros para información de actos o monitorización que se utilizan en los últimos tiempos. Sería interesante además unificar en una misma hoja tanto el pre, como el intra y el post operatorio. Para mejorar la calidad de asistencia y disminuir al mínimo posible los errores o eventos adversos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Revisar los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
- 2- Unificar la hoja de consulta preoperatoria con la hoja de registro de anestesia (incluyendo el registro en URPA).
- 3- Diseñar una historia clínica de anestesia actualizada de acuerdo a la normativa actual.
4. Implementar la hoja de de registro de anestesia rediseñada.
5. Evaluar el impacto de los cambios para realizar los ajuste pertinentes.

MÉTODO

Reunión inicial para diagnosticar la situación actual, delegación de tareas para cada punto a mejorar en la historia de registro de anestesia.
Recolección de formatos de historia de registro de anestesia en otros hospitales de la Comunidad de Aragón, para reconocimiento de puntos fuertes que puedan ser adaptados a nuestra hoja de registro.
Elaboración y diagramación de la hoja de registro de anestesia, asignación de un color al papel para su identificación más fácil.
Prueba piloto de la nueva hoja de registro de anestesia por los diversos integrantes del servicio.
Corrección de errores o deficit identificados en la prueba piloto.
Enviar para su evaluación y aprobación por el comité de ética y el comité de seguridad del hospital.
Elaboración de la hoja definitiva de registro de anestesia.

INDICADORES

- 1- Hoja de recolección de los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
- 2- Borrador de la hoja de registro de anestesia.
- 3- Encuesta post piloto para evaluar la satisfacción del personal involucrado.
- 4- Evaluación con visto bueno por los comité de ética y seguridad del hospital.

DURACIÓN

Primer trimestre de 2017: Reunión y evaluación de la situación actual
Segundo trimestre de 2017: Implementación de la hoja piloto.
Tercer trimestre de 2017: Evaluación de la hoja piloto, diseño de la hoja definitiva.
Fecha de inicio del proyecto: 15 de enero de 2017
Fecha de finalización del proyecto: 10 de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA CARNICERO GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO SALAS REBECA
ORTIZ ENCISO MARTA
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
URIARTE PINTO MOISES
JIMENEZ IHUAR BEN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron entrevistas con los miembros de anestesia así como supervisora de quirófano y farmacéutico del hospital para decidir los fármacos que debían integrar nuestro pack de Hemorragia Masiva(HM), revisando protocolos de sociedades científicas a nivel nacional y regional. Se decidió incorporar aquellos fármacos que pudieran ser decisivos para evitar o tratar si ya existe una coagulopatía por sangrado. Pese a ser fármacos restringidos consideramos que debían de estar en un lugar cercano a la zona quirúrgica pues la demora en la administración de estos pudiera llegar a ser letal en un caso de HM. Por todo ello, se decidió crear y almacenar el pack de HM en la nevera de la Unidad de Reanimación Post- Anestésica como zona común a todos los quirófanos.

Ete pack está formado por una nevera con dos viales de complejo protrombínico de 500 UI cada uno, Factor VIIr del,2, y 5 mg, 2 gr de fibrinógeno, 3 viales de ácido tranexámico de 500 mg y 2 viales de vitamina K. Se adjuntó al pack un documento con los objetivos en la reanimación de un paciente con HM y dosificación de estos fármacos en un paciente adulto con peso estándar. En bloque obstétrico se adjuntó al carro de anestesia una copia del Protocolo para el manejo de la hemorragia postparto del grupo de trabajo Interdisciplinario de Aragón. Se informó por parte de la Supervisora de quirófano al personal de enfermería que tendría que preparar y administrar los fármacos del contenido y lugar de conservación del pack de HM. Se han llevado a cabo a lo largo del año las revisiones mensuales de caducidades y estado de los fármacos por parte del personal de enfermería de quirófano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizado el pack e informados los profesionales implicados en la utilización de este, se proceden a revisar nuestros objetivos principales para la comprobación de su cumplimiento. Durante el año 2018 se ha hecho uso de este pack de HM en 4 ocasiones, en concreto 2 hemorragias obstétricas, 1 politraumatizado y 1 sangrado postquirúrgico. Tras el uso del pack se preguntó al anestesista mediante entrevista si consideraba realmente una mejora y un ahorro de tiempo para el tratamiento de la HM siendo el resultado satisfactorio en todas las ocasiones y valorándolo como realmente útil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La HM continua hoy en día teniendo una elevada morbimortalidad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. El diagnóstico y el tratamiento precoz son fundamentales para evitar y disminuir la morbimortalidad. En un caso de HM se precisa un abordaje multidisciplinar por parte de todos los profesionales implicados tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la hemorragia grave. En el caso de nuestro hospital con recursos materiales y personales limitados el retraso en la administración de productos sanguíneos o fármacos en el tratamiento de la HM puede llegar a ser vital. Es por esto por lo que se debe de facilitar al equipo quirúrgico todas las herramientas posibles para conseguir controlar la hemorragia. Con la realización de este pack, dentro de nuestras posibilidades, consideramos contribuimos a la mejora en el tratamiento del paciente hemorrágico quirúrgico en este hospital comarcal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/332 ===== ***

Nº de registro: 0332

Título
PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, ORTIZ ENCISO MARTA, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, URIARTE PINTO MOISES, JIMENEZ IHUARBEN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemorragia perioperatoria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hemorragia masiva (HM), continúa teniendo una elevada morbimortalidad en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. Para mejorar los resultados y disminuir la morbimortalidad relacionada con la HM son imprescindibles un diagnóstico y tratamiento precoz lo que requiere una rápida respuesta por parte del equipo multidisciplinar (anestesiólogos, cirujanos y enfermería) que participen en el proceso. Dentro de las principales causa de mortalidad en la hemorragia masiva perioperatoria está el retraso en la administración de medidas y fármacos para el control de la hemorragia. Son numerosas sociedades(SEDAR, ESA; SEMICYUC,etc...) las que recomiendan la necesidad de implantación y estandarización de protocolos de hemorragia masiva dentro de los cuales se incluyen además del rápido control del sangrado y la rápida administración de componentes sanguíneos (concentrados de hemáties, plasma fresco congelado y plaquetas), la admisión de otra serie de fármacos que puedan ayudar al control del sangrado y reducir la coagulopatía.
En hospitales con recursos humanos limitados como el nuestro la rápida actuación puede verse demorada lo que supone un aumento de riesgo para el paciente en shock hemorrágico. Es por ello por lo que consideramos fundamental la optimización de los recursos en esa situación crítica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar en un único lugar de almacenamiento todos los fármacos que pudieran ser precisos en el tratamiento de una hemorragia masiva.
- Disminuir el tiempo de demora de administración de estos fármacos ante una situación vital.
- Disminuir el tiempo de búsqueda de fármacos invertido por la persona encargada en proporcionar estos medicamentos al anestesiólogo y poder así estar disponible con la mayor brevedad posible para otras funciones requeridas en esta situación vital.

MÉTODO

- 1.Se realizarán entrevistas-reuniones con los miembros del servicio de Anestesia del hospital, así como con Supervisora de quirófano y responsable de Farmacia del citado hospital para decisión:
 - Fármacos imprescindibles en el PACK DE HEMORRAGIA MASIVA.
 - Lugar más idóneo de almacenamiento.
2. Se procederá a la realización del Pack con los medicamentos consensuados.
- 3.Una vez formalizado el PACK se procederá a la difusión de la información por parte de la Supervisora de quirófano a todo el personal de quirófano.
4. Revisión periódica de los fármacos: caducidades, estado, etc por parte de enfermería.

INDICADORES

- Uso del pack ante una situación de hemorragia dentro de quirófano: SI o NO.
- Valoración por parte del profesional que haya usado el pack de HM mediante entrevista por cualquier miembro del proyecto. En esta entrevista se registrará si realmente considera una mejora la unificación de todos los fármacos en un pack y si cree que ha disminuido el tiempo de demora en la administración de estos productos contribuyendo así a la disminución de las complicaciones de una hemorragia.
- Evaluación mensual del estado y caducidades de los fármacos constituyentes del pack.

DURACIÓN

Consensuación sobre fármacos necesarios en el pack: próximas semanas.
Realización del pack de HM: tan pronto como se hayan decidido los elementos que lo constituirán.
Seguimiento del estado de los fármacos del pack: mensualmente.

La duración del proyecto será indefinida si tras la evaluación se considerara una mejora de actuación ante hemorragia masiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA ORTIZ ENCISO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO GIMENO LAURA
ALONSO SALAS REBECA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión de miembros del grupo de mejora para realizar el protocolo de acuerdo a las guías de las diferentes sociedades anestésicas
- Sesión general del Hospital para informar a los diferentes servicios quirúrgicos del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al cambio durante el pasado ejercicio de la mayoría de las plantillas de facultativos de nuestro hospital, el proyecto fue aceptado y recibido con interés, pero ha quedado de momento pendiente de ejecución.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La opción de disminuir el número de pruebas solicitadas en el preoperatorio ha sido recibida con interés por los servicios quirúrgicos, radiología, cardiología y laboratorio; por lo que continuaremos con el proyecto para llevarlo a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Autores:
ORTIZ ENCISO MARTA, CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

INDICADORES

- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

DURACIÓN

Junio 2018 a Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE MARTA ORTIZ ENCISO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO GIMENO LAURA
ALONSO SALAS REBECA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo consensuado entre los miembros del Servicio de Anestesiología de acuerdo a las recomendaciones que prescribe la Sociedad Española de Anestesiología. Dicho protocolo se comunicó a los responsables de los diferentes servicios quirúrgicos, y se difundió a sus diferentes miembros; siendo la adherencia a él de mayor relevancia en los servicios de Oftalmología y Ginecología. Se incluyeron como pacientes diana aquellos menores de 45 años para la no realización de electrocardiograma; y los menores de 60 años para la no realización de radiografía de tórax, además de todos los pacientes de Oftalmología, a los cuales no se les realizó la radiografía sin discriminación de edad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se contabilizaron los pacientes visitados en la consulta de Anestesia durante los periodos de 2018 y 2019, siendo unas cifras muy similares.

Se calculó la tasa de electrocardiogramas realizados en pacientes menores de 45 años de edad en ambos periodos, contabilizando el número de pacientes visitados de esa franja de edad y el número de pruebas realizadas a los mismos, obteniendo una reducción del 30,4% en el año 2019 respecto al año anterior.

Se calculó la tasa de radiografías de tórax realizadas en pacientes menores de 60 años de edad en los años 2018 y 2019, obteniendo una reducción de unas 200 pruebas menos, lo que supone una disminución del 27,4% respecto al año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de un protocolo sencillo nos ha aportado la reducción de la realización de pruebas no necesarias, lo que disminuye los tiempos de espera para estas pruebas para otros pacientes, disminuye la sobrecarga de trabajo al servicio de radiología, resulta una disminución del coste económico del proceso preoperatorio; y lo que es más importante, reduce la iatrogenia sobre el paciente evitando pruebas innecesarias.

Queda pendiente la aplicación generalizada de este proyecto a todos los servicios quirúrgicos del hospital, y su difusión de manera gráfica sencilla para que pueda estar al alcance de todo el personal.

En un futuro, podemos valorar su aplicación en caso de cirugías urgentes según tipo de pacientes.

Se trata de un proyecto que debe seguir siendo aplicado en el tiempo por los beneficios que aporta, y que debe quedar integrado en el circuito del paciente quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Autores:
ORTIZ ENCISO MARTA, CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

INDICADORES

- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

DURACIÓN

Junio 2018 a Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE RICARDO GONZALEZ TARANCON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ FERNANDEZ LETICIA
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
URIARTE PINTO MOISES
DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA
SANCHEZ REMACHA BLANCA
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para el desarrollo del proyecto, se contó, en primer lugar, con la instalación de una nueva versión del autoanalizador (ADAMS HA8180-T de Menarini Diagnostics), en Abril de 2016, como parte de la mejora tecnológica del laboratorio. Este nuevo autoanalizador permite reducir el tiempo de procesado de muestras respecto al antiguo, pasando de 5 minutos a 3 minutos 30 segundos respectivamente.

Para el cálculo de las muestras procesadas en sangre capilar, según el proyecto propuesto, se codificaron nuevas pruebas en el sistema informático del laboratorio que permitían informar el valor de HbA1c realizada en sangre capilar hemolizada de forma inmediata.

Inicialmente se tenía pensado implantar el proyecto a comienzos de Octubre, pero dada las facilidades ofrecidas con la instalación del nuevo autoanalizador, se decidió comenzar a comienzos de Junio, por lo que los resultados que se muestran corresponden al semestre de Junio a Diciembre de 2017.

Se informó y se pactó con los clínicos (especialmente con el servicio de Endocrinología) de la utilidad de esta determinación y de su realización en el laboratorio. Igualmente, a los pacientes, se les informó verbalmente antes de la realización de la prueba y en la entrega de resultados, obteniendo un alto índice de satisfacción con el servicio recibido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo analizado Junio-Diciembre de 2017 se han analizado un total de 40 muestras de HbA1c en sangre capilar, lo que supone una media de 6-7 muestras/mes, y que representan un 0.7% del total de muestras de HbA1c analizadas en el laboratorio en este periodo (6030 muestras). El tiempo de análisis ha sido inferior a 20 minutos en 22 muestras (55%) e inferior a 30 minutos en 34 muestras (85%), por lo que cumplimos el objetivo inicial propuesto (>75% muestras infomadas en un tiempo inferior a 30 minutos). Sólo 6 muestras han superado el tiempo máximo establecido (fijado en 30 minutos), siendo el máximo de 39 minutos. En ningún caso se han recibido quejas ni por parte de pacientes ni de clínicos.

La obtención de los indicadores se ha establecido de manera arbitraria, basado en nuestra experiencia, ya que no existe bibliografía concreta sobre el tema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente el proyecto, puesto que se han cumplido los objetivos planteados. Se ha ofrecido una nueva prueba en la cartera de servicios del laboratorio que permite obtener una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar, cubriendo así las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología.

Por otro lado, esta determinación ha permitido evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la molestia que ocasiona la venopunción.

Finalmente, desde el punto de vista de la organización, este proyecto ha conseguido, sin realizar ninguna modificación, nada más que la participación del personal, reducir el gasto, (aproximadamente 5 veces) con respecto a la determinación realizada en los analizadores "Point of Care" de los que se disponía fuera del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/721 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Nº de registro: 0721

Título
MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Autores:
GAMERO VILLARROEL CARMEN, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, ESCOBAR MEDINA ANTONIA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA, SANZ FOIX PERFECTA, SANCHEZ REMACHA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hemoglobina glicosilada se realiza a los pacientes con Diabetes Mellitus para el correcto control de su enfermedad. En ocasiones, el paciente acude a la consulta de endocrinología sin el resultado de esta determinación, bien porque no se solicitó con antelación o porque no se realizó la extracción en el tubo adecuado. Por otro lado, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I requieren de un control más estricto, con consultas más frecuentes y como única prueba de laboratorio la hemoglobina glicosilada 3 a 4 veces al año. Ante estas dos situaciones se plantea la posibilidad de disponer de un analizador "Point of Care" en sangre capilar para tener resultados inmediatos, el mismo día de la consulta y evitar que el paciente tenga que acudir a una nueva cita para una venopunción y otra para una nueva consulta lo que conlleva aumento de costes directos e indirectos (pérdida de horas de trabajo, gasto en desplazamientos...). Sin embargo, estos analizadores presentan un mayor coste por prueba y coeficientes de variación más elevados con respecto a los analizadores utilizados en el laboratorio de Análisis Clínicos. La tecnología utilizada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch (HPLC), ofrece la posibilidad de realizar la determinación en sangre capilar, y analizar estas muestras de manera inmediata dentro del ciclo normal de trabajo.
Planteamos por tanto, la posibilidad de realizar la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar ofreciendo un tiempo de respuesta inferior a 20-30 minutos desde que se le realiza la extracción al paciente hasta la emisión del informe. De esta manera, ofrecemos la misma calidad en el análisis a estos pacientes que a aquellos a los que se les realiza la determinación en sangre venosa y a la vez, abaratamos costes.
Es importante destacar que la determinación de Hemoglobina Glicosilada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch, está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Así mismo, el laboratorio participa en programas de control de calidad externos y cuenta de un personal altamente cualificado. Cuando la técnica se realiza mediante un analizador "point of care" en la misma consulta de endocrinología las garantías de calidad en la determinación son menores.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar, ofrecer una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar cubriendo las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología. En segundo lugar, pretendemos evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la venopunción. Y finalmente, la realización de la determinación en nuestro laboratorio es aproximadamente 5 veces más barata que la determinación realizada en analizadores "Point of Care", lo que supone un ahorro económico directo importante.

MÉTODO
Se utilizará el equipo HA8160 (MENARINI) que permite analizar la fracción HbA1c mediante separación cromatográfica de intercambio catiónico en fase reversa y posterior detección colorimétrica a doble longitud de onda (415 y 500 nm).
El paciente acudirá al laboratorio media hora antes de su cita en la consulta de Endocrinología en el caso de pacientes programados que requieran seguimiento estrecho con varios análisis anuales (DM tipo I o DM tipo 2 en fase de ajuste por mal control metabólico) o se remitirán directamente desde la consulta de Endocrinología en el momento en que se evidencie que no se ha realizado ninguna determinación de A1C en los dos meses previos a dicha consulta y se considera imprescindible dicha determinación para tomar la oportuna decisión clínica. El Enfermero realizará la punción en dedo con lanceta, recogerá la muestra en un capilar o pipeta y la depositará en un tubo con 1000 microlitros de solución hemolizante. En el analizador, la muestra se coloca en posición STAT (posición de urgencia) y se analiza inmediatamente después de la última que se esté procesando. En último lugar, el facultativo valida e imprime el resultado que se entregará en mano al paciente.

INDICADORES
Porcentaje de muestras analizadas en sangre capilar = número de muestras analizadas en sangre capilar /

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

número de muestras totales x 100

Porcentaje de informes emitidos antes de 20 minutos = número de informes emitidos antes de 20 min / número total de informe emitidos x 100. Objetivo > 75%.

Porcentaje de pacientes que manifiestan expresamente algún tipo de descontento con el protocolo sobre el total de pacientes incluidos. De forma cualitativa se anotarán las quejas recibidas para intentar mejorar el proceso. Determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar con queja x 100 / Total de determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar.

DURACIÓN

Se prevé implantar el proyecto durante el mes de Octubre y realizar el primer análisis a finales de Diciembre para abarcar un periodo de 3 meses. Si la valoración es positiva se pretende tener implantado el proyecto de manera permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0389

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN JIMENEZ IHUARBEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBIZU TELLERIA ANA
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
VALLEJO GUERRERO ASCENSION
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
JIMENEZ CABELLO BELEN
ROMERO VISIEDO JOSE
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES PERIODICAS PARA:

-RECOGER DATOS, INFORMACION Y ELABORACION DEL PRIMER DOCUMENTO
-REVISAR Y VALIDAR TODAS LAS APORTACIONES
-CONSULTAR DATOS Y DUDAS CON OTROS PROFESIONALES
-DIFUSION EN EL HOSPITAL DEL N PROCEDIMIENTO A TRAVES DE LAS SUPERVISORAS DE UNIDADES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE CREA UN PROCEDIMIENTO ESCRITO PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA, INCLUYE CHECK LIST PRE E INTRA QUIRURGICO DEL PACIENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROCEDIMIENTO CUESTA IMPLANTARLO POR LA SOBRECARGA DE TRABAJO QUE ELLO SUPONE PARA EL PERSONAL DE PLANTA, PERO SE CONSIGUE GRACIAS AL EMPENO DE LAS SUPERVISORAS.
ESTA PENDIENTE DE REVISION LA HOJA FISICA DEL CHEQUEO POR RESULTAR DIFICIL DE COMPLETAR, SE HA BUSCADO ALTERNATIVAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/389 ===== ***

Nº de registro: 0389

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Autores:
JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, ALBIZU TELLERIA ANA, MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, VALLEJO GUERRERO ASCENSION, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, JIMENEZ CABELLO BELEN, ROMERO VISIEDO JOSE, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica programada o de urgencia.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente quirúrgico es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.
Hoy en día, debido a las largas listas de espera, se hace necesaria una rápida preparación y asistencia del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0389

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE,INTRA Y POATOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Paciente antes de su intervención quirúrgica.

Por ello y para obtener la mejor calidad asistencial, sin que se nos escape ningún detalle y que todo esté apunto en el momento de la intervención, se precisa de un buen trabajo de los diferentes equipos de Enfermería que intervienen en este proceso y de una buena protocolización del mismo.

La prevención de las infecciones asociadas a los cuidados de salud así como garantizar la seguridad del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica es una prioridad para los profesionales de los cuidados de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Preparar a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- Identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada del paciente.
- Minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.
- Mejorar y garantizar la atención del paciente y la continuidad de los cuidados durante todo el proceso quirúrgico.

MÉTODO

Este procedimiento lo realizará la comisión de enfermería quirúrgia, para ello habrá reuniones periódicas para:

- recoger de datos, información y elaboración de primer documento.
- revisar y validar todas las aportaciones.
- Consultar con otros profesionales sobre dudas.
- Difusión en el hospital del procedimiento mediante talleres una vez elaborado

INDICADORES

- Profesionales implicados en el procedimiento a los cuales ha llegado y lo conocen. 100%
- Profesionales que realizan la preparación del paciente quirúrgico siguiendo el procedimiento elaborado: 90%

DURACIÓN

- Elaboración del documento: hasta Marzo 2017
- Difusión del procedimiento: 2º o 3er trimestre 2017
- Evaluación de resultados mediante entrevistas con los responsables de Unidad: 4º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1343

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN JIMENEZ IHUARBEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROMERO GARCIA ALVARO
BOIRA TORIL CARLOS
MORENO PIZONES SERGIO
TOMEY CEBRIAN PATRICIA
PELET BORDEETAS MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el segundo trimestre se procedió a la formación de un grupo de trabajo para la elaboración e implantación de un procedimiento de normalización de los carros de quirófano.
Se mantuvieron reuniones de equipo para la búsqueda de bibliografía y puesta en común.

- Durante el tercer trimestre se procedió al diseño del procedimiento el cual incluye:

Normalización de los carros de quirófano mediante la dotación de material, regularización del contenido, selección de stock y revisión continua.
Revisión y reposición del stock al inicio y finalización de la sesión quirúrgica.
Revisión de caducidades y reposición tanto de fármacos como de material así como la limpieza de los carros y frigoríficos en los días establecidos.
Creación de un registro para control e información de la unidad.

También se realizó una puesta en común y colaboración con el resto de personal del bloque quirúrgico.

- Durante el cuarto trimestre no se pudo realizar la evaluación completa del programa de mejora debido a la realización de obras en el bloque quirúrgico obligando al desplazamiento de la actividad quirúrgica al bloque obstétrico con la correspondiente modificación de los carros durante dicho proceso. Dicha evaluación se pospondrá a la finalización de las obras y la instauración de nuevo en el bloque quirúrgico con la restauración de la actividad habitual.

Por dicho motivo se procedió a unificar el material en un único carro debido a tener que intervenir en el mismo quirófano del bloque obstétrico todas las especialidad quirúrgicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se crearon el 100% carros de material y medicación específicos para cada quirófano según las necesidades de cada especialidad con la que se trabaja en ese quirófano.
- El 100% de los carros cumplen con el contenido y el stock mínimo.
- Se generaron hojas de registro de revisión-reposición, caducidades y limpieza de carros.

Debido a la realización de las obras en el bloque quirúrgico se procedió a la paralización de tal registro porque se llevo a cabo el almacenaje de los carros hasta la reanudación de la actividad quirúrgica, será en este momento cuando se continuará con tal registro. Hasta dicho momento el registro de chequeo en cuanto a revisión, caducidad y limpieza era del 75%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal de quirófano vio la necesidad de crear un carro de vía aérea difícil, a partir de ese hecho se decidió realizar una revisión y estructuración del resto de los carros de quirófano. Para ello se creó este grupo de mejora.

Este proceso ha sido efectivo, los carros se han revisado de forma continua, se han mirado caducidades y se han repuesto en todo momento tras la actividad quirúrgica.

Se ha retirado periódicamente el material fungible y la medicación con fecha de caducidad próxima, reduciendo los riesgos a un posible efecto adverso o error de administración.

Se han realizado limpiezas periódicas de los carros reduciendo el riesgo de contaminación del material, viéndose efectivos los resultados.

Este grupo hizo ver a dirección la necesidad de la compra de nuevos carros de medicación y material fungible para su organización y control.

7. OBSERVACIONES.

Si fuese necesario se aportarían las hojas de registro cumplimentadas y firmadas por el personal del equipo interdisciplinar.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1343

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1343

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO

***** ***

Nº de registro: 1343

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO

Autores:
JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, MORENO PIZONES SERGIO, TOMEY CEBRIAN PATRICIA, PELET BORDEETAS MARGARITA, BOIRA TORNIL CARLOS, ROMERO GARCIA ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO, EL PERSONAL SANITARIO ATIENDE TANTO EN CIRUGÍA PROGRAMADA COMO EN URGENCIAS QUIRÚRGICAS TODAS LAS ESPECIALIDADES QUE SE ATIENDEN EN ESTE HOSPITAL EN TURNOS DE MAÑANA, TARDE Y NOCHE. ADEMÁS, CADA QUIRÓFANO DISPONE DE UN CARRO DE MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNJIBLE QUE VARÍA SEGÚN LA ESPECIALIDAD. LA NO EXISTENCIA DE UN DOCUMENTO ESTANDARIZADO DEL CONTENIDO Y ORDEN DE CADA CARRO IMPLICA PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE Y DE EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

RESULTADOS ESPERADOS
1- DOTAR DEL MATERIAL NECESARIO LOS CARROS DE QUIRÓFANO (MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNGIBLE)
2- NORMALIZAR EL CONTENIDO Y DISTRIBUCIÓN SELECCIONANDO STOCK Y CANTIDAD MÍNIMA
3- PRECISAR PERIODOS DE REVISIÓN CON LISTA DE CHEQUEO Y LIMPIEZA

MÉTODO
1- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
2- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO PARA BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA Y PUESTA EN COMÚN
3- DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO, APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN.
4- PUESTA EN COMÚN Y COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO (SERVICIO DE ANESTESIA...)

INDICADORES
1- % DE CARROS DOTADOS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNGIBLE EN EL QUIRÓFANO
2- % DE CARROS QUE CUMPLEN CON EL CONTENIDO Y EL STOCK MÍNIMO
3- GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE CHEQUEO EN CUANTO A REVISIÓN, CADUCIDAD Y LIMPIEZA. ESTANDAR > 60%

DURACIÓN
2 TRIMESTRE: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO PARA BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA Y PUESTA EN COMÚN
3 TRIMESTRE: DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO, APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN. PUESTA EN COMÚN Y COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO (SERVICIO DE ANESTESIA...)
4 TRIMESTRE: EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ***** ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1131

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCEN MIRAVETE ANA
SENCIANES CARO ROCIO
CATALAN LADRON MARIA LUISA
RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR
GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN
ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL
RODRIGO BLASCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Diciembre de 2016 se elaboró un Protocolo de actuación entre miembros de los servicios de Cardiología y Urgencias para el manejo de los pacientes con dolor torácico en el área de Urgencias. Se estableció un circuito en el que se llevaban a cabo pruebas complementarias de manera precoz, pudiendo decidirse así numerosas altas hospitalarias desde Urgencias, evitando de esta manera ingresos innecesarios. Este circuito de alta resolución estaría vigente de Domingo a Jueves ya que en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud no existe Cardiólogo de guardia. Las pruebas complementarias para la valoración precoz del paciente con dolor torácico comprenden el ecocardiograma transtorácico, la ergometría, el ecocardiograma de estrés físico y ecocardiograma de estrés farmacológico. El cumplimiento del calendario fue correcto ya que las agendas fueron ajustadas para dar cobertura a dichos pacientes a primera hora de la mañana, y dicha reestructuración de agenda se realizó prácticamente desde el planteamiento de la idea piloto. Los recursos empleados para ello fueron los ya presentes en la Unidad de Cardiología: ecocardiógrafo y ergómetro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados del periodo estimado del 1 de Marzo de 2017 al 30 de Septiembre de 2017 fueron los siguientes:
-65 interconsultas realizadas a Cardiología desde Urgencias (20 de ellas con dolor torácico como síntoma principal).
-De esas 20 historias, 3 quedan desechadas: una por duplicidad, una por ausencia de Cardiólogo y una por problemas técnicos con los aparatos.
-De los 17 pacientes restantes se desestima test de provocación de isquemia en 3 de ellos por detectarse valvulopatía significativa.
-De los 14 pacientes restantes se realizan ergometría y/o ecocardiograma de estrés en función de las condiciones de cada paciente. De estos 14 pacientes, sólo en un caso se indica ingreso para tratamiento invasivo por isquemia inducible.
El impacto de la atención como Unidad de Dolor Torácico muestra lo que queda reportado en la bibliografía conocida, que las pruebas funcionales precoces repercuten en una mejor atención con menor necesidad de ingreso hospitalario.
Los datos fueron obtenidos de los registros de la Unidad de Cardiología, el programa informático del servicio de Urgencias (PCH) y las historias clínicas escritas a mano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones a tener en cuenta son:
-La excelente relación entre ambos servicios hospitalarios (Urgencias, Cardiología).
-El marcado carácter beneficioso de una asistencia de calidad y precoz al paciente con dolor torácico, pudiendo evitar ingresos innecesarios y un consumo de recursos exagerado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1131 ===== ***

Nº de registro: 1131

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, SENCIANES CARO ROCIO, MARCEN MIRAVETE ANA, CATALAN LADRON MARIA LUISA, RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR, HUICI POLO PATXI, VALLEJO RODRIGUEZ CARMEN, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1131

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cardiaca
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL DOLOR TORÁCICO CON SOSPECHA DE ORIGEN ISQUEMICO, EXCLUIDO EL CODIGO INFARTO CONSTITUYE UNO DE LOS GRUPOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE FORMA EXPLICITAMENTE PROTOCOLIZADA PARA OPTIMIZAR RESULTADOS ESTABLECIENDO SISTEMAS DE ALERTA PARA ADECUAR LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEÚTICOS. EN EL MOMENTO ACTUAL LA ASISTENCIA SE REALIZA CON OBSERVACIÓN Y SERIACION DE REGISTROS ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO. EN EL CASO DE QUE SEAN NEGATIVOS PERO PERSISTA LA SOSPECHA CLINICA SON DADOS DE ALTA PARA CONTROL TEMPRANO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA PARA PROGRAMAR OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

RESULTADOS ESPERADOS

ESTABLECER UN CIRCUITO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA PARA QUE A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS SE LES REALIZE UNA ERGOMETRIA PREVIA AL ALTA, AL MENOS A LOS ATENDIDOS DE DOMINGO A JUEVES POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE NUESTRO CENTRO (DISPONEMOS DE CARDIOLOGO DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE MAÑANA).
CREAR UN CIRCUITO ALTERNATIVO PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN LA IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
OPTIMIZAR LAS AGENDAS DE CARDIOLOGIA.
DISMINUIR EL Nº DE INGRESOS PARA ESTUDIO

MÉTODO

ESTABLECER UN PROTOCOLO DONDE SE INCLUYA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO, CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN, INDICACIONES DE INTRODUCCION O RETIRADA DE FARMACOS, HOJA DE CONSULTA ESTANDARIZADA CON CIRCUITO ESPECIFICO Y DERIVACION REGLADA DE LOS PACIENTES

INDICADORES

% DE PACIENTES DADOS DE ALTA CON ERGOMETRIA REALIZADA > 70
% PACIENTES CON SERIACION REGLADA DE ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO > 80

DURACIÓN

REALIZAR PROTOCOLO CONJUNTO ANTES DEL 15 DE FEBRERO
SESION INFORMATIVA-FORMATIVA A LOS MIEMBOS DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS EN LA MISMA FECHA
ADECUACIÓN DE LA AGENDA DE PRUEBAS DE CADIOLOGIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JULIO Y DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL ALQUEZAR GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN
MARCEN MIRAVETE ANA
ALAMEDA SERRANO JAVIER
RODRIGO BLASCO MARIA PILAR
RICOTE MOROS ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMER TRIMESTRE de 2018: Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.

También se realizaron entrevistas con los profesionales de enfermería/personal médico de la unidad para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería y cuáles serían los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica. A partir de esto se elaboran 3 borradores diferentes para la realización y registro de enfermería en pruebas de ecografía de estrés farmacológico, pruebas de ecografía transesofágica y cardioversiones eléctricas.

SEGUNDO TRIMESTRE de 2018: Se realizan todas las modificaciones pertinentes de las hojas de registro de enfermería, creando unos documentos adecuados que son sencillos y rápidos de cumplimentar, con los cuales se facilita al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.

Dichos documentos se presentan para la aprobación por la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.

En este trimestre son aprobadas, se da a conocer a todos los miembros de la unidad mediante una reunión de equipo y se procede a la implantación de las hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.

TERCER TRIMESTRE de 2018: Se siguen utilizando las hojas de registro de enfermería en todas las pruebas especiales que se realizan en la unidad. Reunión de enfermería para resolver dudas.

CUARTO TRIMESTRE de 2018: Se analizan 25 historias de la totalidad de pruebas especiales realizadas en la unidad para la obtención de resultados. Tras ello, se dan a conocer a todos los miembros del equipo y al centro hospitalario.

En la consecución de este proyecto los únicos recursos utilizados son el tiempo material invertido por personal sanitario de la unidad y las copias de los documentos que se adjuntan a cada historia clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha tenido en cuenta el indicador: nº de pacientes observados con registros de enfermería debidamente cumplimentados en su historia clínica / nº de pacientes a los que se les ha realizado pruebas especiales de cardiología tras la implantación de las hojas de enfermería x 100. Por lo que este indicador asciende a 25/25 x 100 = 100%.

Desde que se implantan las hojas de registro hasta finales del año 2018 se realizaron en el servicio de pruebas especiales de cardiología 28 estudios (entre pruebas de ecografía de estrés farmacológico, pruebas de ecografía transesofágica y cardioversiones eléctricas) y de ellas, se analizan 25 historias de diferentes pacientes al azar, estando en todas ellas las hojas de registro de enfermería de la prueba realizada correctamente cumplimentada y archivada.

Con estas hojas de enfermería se ha conseguido estandarizar los cuidados de enfermería en el servicio de pruebas especiales de cardiología del hospital Ernest Lluch, ya que son unas hojas de registro que van guiando al personal para la consecución de los cuidados que son necesarios para estos pacientes.

También en la reunión de enfermería tras la utilización de dicho registro, el 100% del personal de enfermería coincide que facilitan mucho la labor de este colectivo en la realización de estos estudios y a la vez permite un registro de todo lo que se realiza en ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado unas hojas de enfermería que nos han permitido:

Tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.

Crear unos registros sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.

Percibir con facilidad los hallazgos más relevantes del estado actual del paciente.

Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, de manera que cualquier integrante del equipo pudiera realizar las pruebas siguiendo los pasos de estas hojas por lo que se ha conseguido estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones.

Convendría seguir utilizando estas hojas de registro ya que ha habido una mejora y estandarización en la atención presentada los pacientes, ya que estas hojas fueron creadas pensando en todas las necesidades que pudieran tener estos pacientes durante la consecución del procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

*** ===== Resumen del proyecto 2018/10 ===== ***

Nº de registro: 0010

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL, GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN, MARCEN MIRAVETE ANA, ALAMEDA SERRANO JAVIER, RODRIGO BLASCO MARIA PILAR, RICOTE MOROS ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente con los registros de los cuidados de enfermería.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad los registros de enfermería tienen una gran importancia en el expediente clínico. Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que forman parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y la comunidad. Un buen registro de enfermería constituye un instrumento esencial para obtener la información necesaria del paciente y permite aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. A su vez, son documentos legales y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Debido a su inexistencia actualmente y por lo expuesto anteriormente, es necesario elaborar unos registros enfermeros para las diversas pruebas realizadas en la unidad de Cardiología y cubrir la necesidad detectada por parte de los profesionales, de adquirir información del paciente que es necesaria para la realización de éstas. Serán documentos oficiales del hospital donde se registrará la evolución y los cuidados administrados al paciente durante el desarrollo de la prueba.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica, que sean sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.
- Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
- Estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones

MÉTODO

- 1) Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.
- 2) Entrevistas con los profesionales de enfermería del servicio para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería.
- 3) Entrevistas con el equipo de la unidad de Cardiología para valorar los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
- 4) Elaboración de hojas de registro adecuadas para las diferentes pruebas que sean sencillas y rápidas de cumplimentar, con las cuales se facilite al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.
- 5) Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínica y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencia..
- 6) Implantación de hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.
- 7) Presentación de los nuevos registros a todo el personal del servicio de Cardiología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

8) Presentación de resultados posteriores a los profesionales de la Unidad de Cardiología y a la dirección del centro hospitalario tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba especial en el servicio de Cardiología.

INDICADORES

Indicador 1:

Numerador: nº pacientes con registros de enfermería realizados correctamente que se encuentran en su historia clínica.

Denominador: nº de pacientes a los que se les realizan pruebas especiales en cardiología tras la implantación de las hojas de registro de enfermería. Y el resultado de esto por 100.

Estandar: 95-100%

Observaciones: Muestra aleatoria de 25 historias.

Indicador 2:

Entrevista con los profesionales de enfermería para valorar si facilita el trabajo a este profesional y si se estandarizan los cuidados de enfermería aplicados durante las pruebas.

DURACIÓN

Primer Trimestre de 2018: Se realiza búsqueda bibliográfica.

Reuniones con todos los integrantes del equipo de cardiología.

Se realiza primer borrador de Hoja de registro de enfermería.

Segundo Trimestre: Se realiza segundo borrador de la Hoja de registro de enfermería con las modificaciones pertinentes y se presenta a la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.

Se aprueba el uso del nuevo registro, se da a conocer al personal de Cardiología y se implanta.

Tercer trimestre: Se sigue utilizando el nuevo registro.

Cuarto trimestre: Se analiza una muestra al azar de historias clínicas y se adquieren los resultados. Tras ello, se dan a conocer a todo el equipo y al centro hospitalario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN
MARTIN FORTEA PILAR
LAMBAN IBOR ELENA
PALACIN LARROY MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde 2017 se trató de iniciar la implementación de una forma de trabajo en el área de Cardiología en la que la Insuficiencia Cardiaca dispusiera de un papel relevante. Se estableció un circuito en el que el paciente al que se le detectaba Insuficiencia Cardiaca Avanzada, y que era tributario de tratamientos farmacológicos más agresivos, se sometía a ingresos programados. Estos ingresos programados buscaban mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como disminuir la asistencia en Urgencias por episodios de Insuficiencia Cardiaca Aguda. De este modo, los pacientes disminuirían sus visitas al servicio de Urgencias y mejorarían su clase funcional. Durante años la Insuficiencia Cardiaca ha sido un talón de Aquiles para la Cardiología; es por ello por lo que debemos detectar cuales son los pacientes con mayor fragilidad dentro de esta patología y aportarles todas las medidas terapéuticas para su mejoría clínica, subjetiva y objetiva.

El proceso seguido ha estado vigente a lo largo de todo el año 2018, continuando en la actualidad. Los pacientes con sospecha de Insuficiencia Cardiaca eran remitidos como habitualmente a la consulta de Cardiología. Desde allí, o desde un ingreso motivado por un cuadro agudo de Insuficiencia Cardiaca, el paciente era filiado en cuanto a su patología e iniciado el tratamiento. Aquellos pacientes más frágiles, con presiones pulmonares más elevadas y con mayor necesidad de optimización de tratamiento, eran ingresados de forma programada en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE). Con estos ingresos programados de corta estancia se busca mejorar el estado del paciente mediante tratamientos intravenosos con diurético a dosis elevada, inotropos como el levosimendan (que nos ayuda a mejorar las cifras de presión pulmonar)... Estos ingresos programados en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital Ernest Lluch se llevaban a cabo de lunes a jueves, siempre días en los que la presencia de Cardiólogo le aseguraba un manejo óptimo. Ocasionalmente los ingresos programados se realizaban en viernes por estar de guardia el Cardiólogo y poder ser dado de alta el sábado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A tener en cuenta que se trata de un hospital de menor tamaño en la Comunidad Autónoma; por ello, pocos pacientes son tributarios de manejo en dicha Unidad de Insuficiencia Cardiaca por tratarse de una patología grave, avanzada, en un hospital comarcal (menor población que en un hospital de tercer nivel).

Los resultados del periodo estimado del 1 de Enero de 2018 al 31 de Diciembre de 2018 fueron los siguientes:

-Fueron tratados 5 pacientes en dicha Unidad.

-Uno de los pacientes mejoró significativamente su clase funcional, pasando de grado III a grado I, desapareciendo la hipertensión pulmonar, y pudiendo ser candidato a Trasplante Cardíaco. En dicho caso, también se derivó a un hospital de tercer nivel para el implante de un desfibrilador resincronizador como optimización del tratamiento (ya que dicha terapia no puede ser ofrecida en un hospital comarcal).

-Otra paciente tratada presenta una patología valvular irreversible, cuestión que le hacía visitar el servicio de Urgencias cada 15 días. En ella se consiguió pasar varios meses sin ser atendida en Urgencias dada la optimización del tratamiento hasta donde su patología lo permite.

-El resto de paciente fue optimizado de cara a mejoría de su clase funcional o previo a una Cirugía Cardíaca.

-De manera indirecta podemos ver los resultados de una mejor gestión de la Insuficiencia Cardiaca en el área de Calatayud. El manejo holístico y multidisciplinar (Cardiología, Medicina Interna, Urgencias), ayudados por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada, ha conseguido una reducción de los ingresos por Insuficiencia Cardiaca y su estancia media hospitalaria. Los datos disponibles a fecha Febrero de 2019 no comprenden el último trimestre de 2018, puesto que los datos del último trimestre del año se analizan en marzo del año siguiente. Es por ello por lo que haremos las comparaciones teniendo en cuenta los datos de un año completo (de Octubre 2016 a Septiembre 2017, donde no se encontraba vigente de manera óptima la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada; de Octubre 2017 a Septiembre 2018, con vigencia de dicha Unidad):

--Número de ingresos por Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2016 a Septiembre 2017: 154 ingresos.

--Estancia media de Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2016 a Septiembre 2017: 9.16 días.

--Número de ingresos por Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2017 a Septiembre 2018: 140 ingresos.

--Estancia media de Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2017 a Septiembre 2018: 8.53 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La buena relación y comunicación entre los servicios de Cardiología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y el servicio de Urgencias.

-En el caso de la relación estrecha con Medicina Familiar y Comunitaria, merece especial reconocimiento la Interconsulta Electrónica, que nos acerca de forma virtual al paciente del centro de salud al especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

-El manejo holístico del paciente con un grupo multidisciplinar, encabezados por el servicio de Cardiología, resuelven para nuestro paciente crónico complejo una mejor valoración y manejo.
-Existe un beneficio clínico en tanto en cuanto los pacientes con un manejo más agresivo de su patología en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca presentan mejores niveles de clase funcional que si no estuvieran tratados en la misma. Así mismo, existe un beneficio en el ámbito de la gestión puesto que gracias a la optimización del paciente las asistencias al servicio de Urgencias disminuyen, reduciéndose la sobrecarga de dicho servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/188 ===== ***

Nº de registro: 0188

Título
UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, MARTIN FORTEA PILAR, LAMBAN IBOR ELENA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es bien conocido La Insuficiencia Cardiaca Avanzada es un síndrome clínico que conlleva una elevada morbimortalidad así como un importante deterioro de su calidad de vida y grado funcional.
El estudio PRICE (Prevalencia de insuficiencia cardiaca en España) recoge una prevalencia de insuficiencia cardiaca del 1,3% entre los 45 y los 54 años, del 5,5% entre los 55 y los 64, del 8% entre los 65 y los 75 y del 16,1% entre los mayores de 75. En España, al igual que en otros países industrializados, la insuficiencia cardiaca es la primera causa de hospitalización entre los pacientes mayores de 65 años, llegando a suponer el 3% de todos los ingresos hospitalarios. Se calcula que los gastos derivados de la insuficiencia cardiaca representan entre el 1,5-2% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud y de éstos la mayor parte, entre el 74-87%, se debe al gasto hospitalario.
Los tratamiento ambulatorios - hospitalización de corta estancia, como la administración intermitente de Levosimendán en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, muestran un efecto beneficioso sobre biomarcadores (cambios en la concentración de NT-proBNP) que marcan la evolución de la enfermedad, lo que conlleva una reducción significativa en el riesgo de hospitalizaciones urgentes por IC. Además resulta un abordaje terapéutico seguro y eficiente.
El Levosimendán tiene un efecto cardioprotector por múltiples factores: la reducción de la precarga y la postcarga mejora el trabajo cardiaco, el incremento del flujo coronario mejora la perfusión de las células cardiacas, la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria de las células musculares, protege contra los eventos isquémicos y puede reducir el tamaño del área del infarto, el incremento del flujo de K asociado a la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria protege y preserva la función mitocondrial (a través de la normalización de la matriz mitocondrial y del volumen del espacio intermembrana en situaciones de estrés como isquemia o reperfusión).

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es mejorar el manejo de pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, con un seguimiento más estrecho, y administración de manera ambulatoria o con ingresos de corta estancia de medicación específica para mejorar su evolución clínica.
La finalidad es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en una patología tan prevalente como la IC, así como reducir el número de reingresos urgentes por disnea secundaria a IC. En este contexto, se entregarán cuestionarios de valoración de calidad de Vida (cuestionario SF-36) para tratar de cuantificar de forma objetiva la mejoría clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Otro objetivo importante es la adecuación del paciente previa a una Cirugía Cardíaca, mejorando así el pronóstico de cara a la cirugía y postoperatorio.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de actuación en el manejo de los pacientes ambulatorios de Insuficiencia Cardíaca. Ingresos programados de corta estancia y/o tratamiento ambulatorios para la optimización del paciente con IC. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) y/o sillones de IC. Se le aportan tratamiento intravenosos con controles estrictos de peso, diuresis y analíticos. Formación al personal de enfermería con respecto al control y tratamiento en el área de la IC, así como el uso de fármacos específicos.

INDICADORES

-Reingresos urgentes por Insuficiencia Cardíaca Aguda en el año siguiente / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

-Entrega de cuestionario de Salud SF-36 / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

DURACIÓN

-Duración: Indefinida.

-Manejo estrecho del paciente con IC avanzada durante todo el año 2018 y en adelante.

-Evaluación de pacientes tratados en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca: 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 - 2018/0112

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLEJO GUERRERO ASCENSION
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR
ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU
JIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
JIMENEZ CABELLO BELEN
ROMERO VISIEDO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografía, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.

2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.

3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un drenaje torácico"

- Proximamente se realizará una sesión informativa.

- Nº de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del drenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:

- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.

- Prevenir complicaciones

- Resolver principales problemas

- Dar a conocer los cuidados de enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/112 ===== ***

Nº de registro: 0112

Título

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Autores:

MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, VALLEJO GUERRERO ASCENSION, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, JIMENEZ CABELLO BELEN, ROMERO VISIEDO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0112

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

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 momento del manejo del drenaje torácico se ha observado que el personal no está lo suficientemente instruido sobre la forma de manipular el sistema de drenaje. Debido a la importancia que tiene el manejo de este sistema, se espera que con la elaboración de este procedimiento se le dé importancia a la necesidad de fortalecer el conocimiento del personal de enfermería sobre este tema, lo cual impulsará un proceso de gestión de autocuidado en el manejo del paciente y favorecerá una atención de calidad, asegurando las dimensiones de continuidad y eficacia.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del drenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:
- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.
- Prevenir complicaciones
- Resolver principales problemas
- Dar a conocer los cuidados de enfermería

MÉTODO
1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografía, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.
2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.
3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

INDICADORES
- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un drenaje torácico"
- N° de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

DURACIÓN
- Primer trimestre 2018: elaboración del documento
- Segundo trimestre 2018: revisión y aprobación del procedimiento
- Tercer trimestre 2018: difusión mediante sesión de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1097

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO MUÑOZ ELENA
MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL
ESTRADA ESCRIBANO LAURA
SANCHEZ MUÑOZ INES
GRACIA ANDRES MIRIAM
GONZALEZ LOPEZ LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
NOS PONEMOS EN COMUNICACIÓN CON EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS (H.C.U) Y SE NOS REENVÍA EL PROTOCOLO EMPLEADO POR ELLOS, SE CONSULTAN PROCEDIMIENTOS DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PENDIENTE DE TERMINAR SU ELABORACIÓN DE SER ENVIADO AL SERVICIO DE CALIDAD PARA REVISIÓN Y SER APROBADO POR DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y DE SU IMPLANTACIÓN.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VALORAMOS LA REALIZACIÓN DE UN PROYECTO EN EL QUE LOS CUIDADOS PRE Y POST REALIZACIÓN DE PRUEBA ESTÉN UNIFICADOS CON EL HOSPITAL DE REFERENCIA (H.C.U). PARA UNA MEJOR ATENCIÓN Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS PRESTADOS A LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1097 ===== ***

Nº de registro: 1097

Título
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA

Autores:
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL, ESTRADA ESCRIBANO LAURA, SANCHEZ MUÑOZ INES, GRACIA ANDRES MIRIAM, GONZALEZ LOPEZ LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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
La colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), es una prueba pedida frecuentemente en el Servicio de Cirugía. En este Hospital, no se dispone de los medios para su realización, por lo que el paciente, es remitido a Centros Hospitalarios de Zaragoza. Es necesario una coordinación entre centros, para una correcta preparación. En la actualidad la Unidad de Cirugía no dispone de un procedimiento "completo" sobre Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con Justificación, Indicadores...

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer en el H.Ernest lluch (Unidad de Cirugía) de un procedimiento sobre la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), aplicable a pacientes ingresados o ambulatorios.
-Realizar una correcta preparación y cuidados pre y post la prueba.
-Disponer de un procedimiento que permita trabajar a todos de la misma manera.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1097

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA

-Afecta a todos los pacientes que ingresen en este Hospital.

MÉTODO

- Reuniones en equipo facultativos y personal de la planta.
- Recoger información (De otros hospitales, internet, vías clínicas...).
- Una vez realizado se procederá a su difusión a través de comunicaciones.
- Evaluar resultados en un periodo de tiempo...

INDICADORES

Valorar antes de la prueba:

- Si tiene un estudio de coagulación reciente, ausencia de tratamiento anticoagulante. y CONSENTIMIENTO INFORMADO (FIRMADO POR MÉDICO Y PACIENTE)
- Colocar catéter nº 16-18, E.S.D
- _Administrar el antibiótico pautado.

Valorar después de la prueba.

- El paciente permanecerá en ayunas 18-24 H
- _Control de ctes C/4 H
- Administrar antibioterapia pautada
- Avisar al médico si:
(Hipotensión, frecuencia cardiaca >110 X minuto, temperatura > 37,8 ° C, dolor abdominal, hiperglucemia >250 mgr%).

DURACIÓN

- Primer Trimestre:
(Reuniones del equipo)
- Segundo Trimestre:
(Elaborar un borrador, documentarlo...)
- Tercer Trimestre:
(Teminar la elaboración del Procedimiento. Puesta en marcha y difusión de este.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGUEZ AYESA TERESA
MUÑOZ CIFUENTES PABLO
MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES
DE LA FLOR MARIN MARIO
TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo de manejo de la lumbalgia con la aceptación de los servicios hospitalarios implicados. Sin embargo se retrasó su presentación en los Centros de Salud dependientes dados los diversos cambios en la plantilla de los profesionales involucrados. Finalmente no se llegó a presentar el protocolo como tal de manera oficial ya que se implantó el sistema de interconsulta virtual. Debido a este nuevo sistema de comunicación directa con los facultativos de Atención Primaria decidimos adaptar el protocolo inicialmente creado, valorando de manera individual cada uno de los casos presentados.

Las vías terapéuticas se han mantenido la mayor parte de las veces: ante la existencia de episodios autolimitados (menos de 6 semanas de dolor mecánico) más o menos frecuentes y sin signos de alerta ni clínica neurológica limitante los pacientes recibieron una pauta analgésica ajustada y la posibilidad de valoración por parte del Servicio de Rehabilitación y/o Reumatología. En caso contrario (más de 6 semanas de lumbociatalgia no controlada con medicación, "red flags" y/o clínica neurológica limitante estable) además de la pauta analgésica ya comentada se les amplió el estudio mediante radiografía lumbosacra y/o RMN, valorando posteriormente al paciente en nuestra consulta para determinar la necesidad o no de derivación a Neurocirugía.

Cabe destacar que dentro de este circuito de consulta no entran los pacientes con clínica neurológica progresiva ya que por sus características concretas suelen ser valorados a través del Servicio de Urgencias y desde ahí ya pasan directamente a nuestro cargo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Gracias a la consulta virtual tras la valoración inicial y telemática del caso recibimos al paciente la gran mayoría de las veces con una pauta analgésica efectiva y las pruebas de imagen ya realizadas en los casos oportunos. Además hemos conseguido acortar los tiempos entre la petición de valoración y la primera visita presencial, con una demora máxima aproximada de mes y medio. Esto ha sido en parte gracias a la comunicación a través interconsulta virtual pero no hubiera sido posible de no haber conseguido completar la plantilla de traumatólogos.

Como ya se ha comentado, una parte de los pacientes no ha necesitado valoración en nuestra consulta, beneficiándose de una valoración por parte del Sº de Medicina Física y Rehabilitación y/o Reumatología, al no presentar signos ni clínica de riesgo.

También hemos conseguido ajustar tanto el número de radiografías lumbosacras y resonancias solicitadas respecto a períodos previos, asentando mejor su indicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a las mejoras obtenidas ha disminuido el volumen de pacientes derivados a la consulta de Traumatología por esta patología, lo que representa un beneficio directo para el paciente ya que por una parte la mayoría de ellos son tratados de manera más rápida y directa sin necesidad de pasar por nuestra consulta para una derivación a otra especialidad o para la simple solicitud de pruebas. Por otro lado los pacientes que por sus características nos son remitidos tienen menos demora y están mucho más filtrados y dirigidos para discernir entre una simple resonancia positiva y un paciente con resonancia positiva en la que además confluyen una clínica neurológica y/o una clínica mal controlada por medidas de tratamiento conservador. Éstos últimos serán los candidatos a derivación a Neurocirugía.

Seguiremos manteniendo este modelo de atención. Indudablemente la interconsulta virtual es una herramienta eficaz de comunicación, pero su buen funcionamiento sería impensable sin la colaboración tanto de los profesionales de Atención Primaria (mediante unas consultas en las cuales nos expongan unas exploraciones completas y pautas analgésicas consensuadas) y de toda la plantilla de Traumatología (dispuesta a entablar una comunicación activa).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/988 ===== ***

Nº de registro: 0988

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Autores:
PALACIO BARRABES JESSICA, DOMINGUEZ AYESA TERESA, VILLALBA LOMBARTE ERIKA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR, MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES, DE LA FLOR MARIN MARIO, TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La lumbalgia o dolor lumbar es el cuadro clínico consistente en dolor, tensión muscular o rigidez localizado en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado en pierna (ciática), asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad y que en la mayoría de los casos, tiene carácter inespecífico, presentando características mecánicas.

Supone un problema sociosanitario muy común ya que se considera el segundo motivo de consulta médica en Atención Primaria y la primera causa de incapacidad laboral en menores de 45 años en los países industrializados. El 80% de la población padecerá dolor lumbar en algún momento de su vida.

Sin embargo existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos asistenciales, como en los resultados y la calidad asistencial final que reciben los enfermos.

Existen múltiples clasificaciones. Centrándonos en la etiología, la gran mayoría son inespecíficas (85%), de buen pronóstico y evolución autolimitada aunque recidivante. Sin embargo, un 15% se consideran específicas, relacionadas con una enfermedad sistémica. Para identificarlas correctamente, es necesario conocer la existencia de ciertos signos y síntomas de sospecha o alarma ("red flags") que pueden orientar el diagnóstico.

Otro aspecto importante es descubrir factores psicosociales de mal pronóstico funcional ("yellow flags"). Esto unido a una evaluación periódica del paciente para objetivar la ausencia de factores biológicos de sospecha, tranquilizarlo y negociar un regreso precoz a su actividad normal es la mejor manera de prevenir una evolución crónica.

Con este protocolo se pretende unificar la atención a estos pacientes, buscando la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental será mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles, definiendo de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes con lumbalgia en el Sector Calatayud.

Otro de los objetivos es disminuir las derivaciones a la consulta de Traumatología como simple trámite para la solicitud de pruebas de imagen (resonancia magnética nuclear) para su posterior derivación a Neurocirugía en caso de patología subyacente.

MÉTODO

Creación un protocolo de manejo de la lumbalgia gracias al cual los pacientes verán acortados los tiempos de valoración, resultando en una atención más eficaz. Presentación del protocolo en los centro de salud con la ayuda de los coordinadores de los mismos. Aprobación del protocolo por parte de todos los miembros del mismo, del Hospital y de acuerdo con los coordinadores de los centros de salud incluidos en el área de Calatayud. Desarrollo de la estrategia acordada y valoración de los resultados clínicos y asistenciales obtenidos.

INDICADORES

- Proporción de enfermos con lumbalgia derivados a Atención Especializada (COT, RHB y Reumatología) respecto del total valorados por lumbalgia en consulta de Atención Primaria (AP).
- Proporción enfermos derivados a Neurocirugía desde AP que requieren tratamiento quirúrgico tras un año de implantación del protocolo.
- Proporción de pacientes atendidos por lumbalgia en AP que han necesitado atención en Urgencias por el mismo motivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

- d) Número de resonancias solicitadas una vez instaurado el protocolo respecto años anteriores.
 - e) Proporción de resonancias con diagnóstico positivo respecto al total de las solicitadas.
 - f) Número total de solicitudes de radiografía simple de columna lumbosacra en pacientes con lumbalgia sin traumatismo previo.
- Apartados a) c) y f): Comparación entre el último año y tras el año de implantación del protocolo.

DURACIÓN

Presentación del protocolo en los servicios hospitalarios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología y Urgencias; así como en los centros de salud incluidos en el mismo, en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES

No son necesarias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN DE JUAN CEBOLLADA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL
LOZANO GUERRERO SARA
DOMINGUEZ SANZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de una hoja Word en la que registramos los siguientes datos:
Identificación de paciente
Diagnóstico y fecha de intervención
Cifras de hemoglobina y hematocrito al ingreso
Complicaciones en la intervención
Colocación de recuperador
Cantidad transfundida e incidencias del mismo
Evolución apósito quirúrgico
¿Precisa transfusión de hematíes?¿Cuántos?
Cifras de hemoglobina y hematocrito al alta
Pautado tratamiento con hierro al alta

Cumplimiento de calendario marcado.Enero 2018/Enero 2019

Recursos empleados:

Historia clínica(datos de laboratorio,gráfica de enfermería)
Recursos materiales : Adquisición de equipos de recuperadores sanguíneos
Bolsas de drenaje

Acciones Realizadas:

Actividades formativas dentro del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.
Al ingreso del paciente se abre hoja de evaluación de recuperadores,indicando diagnóstico y fecha de intervención quirúrgica.Así como cifras de hemoglobina y hematocrito que se consultan en la historia clínica
Al regreso de quirófano,anotamos la cantidad que se le transfunde en las primeras seis horas postoperatorias.
Finalizada la transfusión se cumplimenta hoja de seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 99.71 % de pacientes intervenidos quirúrgicamente que se han beneficiado de esta medida de ahorro,no han precisado recibir transfusión de hematíes posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido el objetivo de disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor,disminuyendo en la medida de lo posible el número de transfusiones.
Consiguiendo un descenso en la utilización de sangre que debido a la escasez de donaciones, así como el elevado coste de la misma supone una medida de ahorro importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/178 ===== ***

Nº de registro: 0178

Título
MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Autores:
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, LOZANO GUERRERO SARA, DOMINGUEZ SANZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

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

En las intervenciones de COT (cirugía ortopédica traumatólogica), una de las medidas de ahorro de sangre consistiría en la transfusión autóloga mediante el denominado recuperador sanguíneo, método utilizado cuando se prevee una importante pérdida de sangre.

Existen una serie de factores como son:

- la escasez de donaciones
- elevado coste del procedimiento

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor que han originado la promoción de diversas medidas de ahorro de sangre para así disminuir en la medida de lo posible el número de transfusiones.

Los pacientes a los que va dirigida este procedimiento son aquellos a los que se les va a intervenir de prótesis total de rodilla, prótesis total de cadera y recambios.

MÉTODO

Realización de sesiones formativas al equipo multidisciplinar en la unidad de traumatología y en quirófano.
Adquisición de equipos de recuperadores sanguíneos específicos para este tipo de transfusiones.

INDICADORES

1. % de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado dicha transfusión.

Fórmula:

Numerador: nº de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado la transfusión

Denominador: nº total de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio.

Estandar: 85-100%

2. Todo el personal de enfermería de la unidad conoce y maneja el procedimiento.

Observaciones: datos obtenidos por muestreo de 25 historias y a través de entrevistas al personal de la unidad.

DURACIÓN

- Primer trimestre 2018: sesiones formativas del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.

- Segundo trimestre 2018: implantación del procedimiento y puesta en marcha

- Tercer trimestre 2018: Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO MUÑOZ ELENA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
MORENO RUIZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración conjunta por parte del personal del servicio de endoscopias de una hoja de enfermería que registre los datos relacionados con el paciente y el procedimiento endoscópico (terapéutica, sedación...)
2. Difusión e implementación del nuevo documento de registro en el servicio de endoscopias.
3. Cumplimentación por parte del personal de enfermería de la hoja de registro en cada exploración endoscópica y firma por parte del médico y DUE responsables.
4. Archivar en la historia clínica del paciente la hoja de registro de enfermería, junto con el consentimiento informado, solicitud de la exploración e informe de la prueba endoscópica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Correcta cumplimentación de las hojas de registro de enfermería incluidas en la historia clínica de los pacientes (96%)
- Hoja de registro de enfermería firmada por el médico responsable de la exploración (92%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.
- La hoja de registro mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias y el resto de servicios del hospital.
- El registro mejora la seguridad del paciente.
- Constancia en la historia clínica de la prescripción médica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/210 ===== ***

Nº de registro: 0210

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, SANCHO MUÑOZ ELENA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, MORENO RUIZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente que precisa prueba endoscopica
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 - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

PROBLEMA

Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma. Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

MÉTODO

1. Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscópicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

INDICADORES

Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estándar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

DURACIÓN

Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias. Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre 2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican resultados al personal de la unidad y al centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO MUÑOZ ELENA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
MORENO RUIZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración conjunta por parte del personal del servicio de endoscopias de una hoja de enfermería que registre los datos relacionados con el paciente y el procedimiento endoscópico (terapéutica, sedación...)
2. Difusión e implementación del nuevo documento de registro en el servicio de endoscopias.
3. Cumplimentación por parte del personal de enfermería de la hoja de registro en cada exploración endoscópica y firma por parte del médico y DUE responsables.
4. Archivar en la historia clínica del paciente la hoja de registro de enfermería, junto con el consentimiento informado, solicitud de la exploración e informe de la prueba endoscópica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Correcta cumplimentación de las hojas de registro de enfermería incluidas en la historia clínica de los pacientes (96%)

Hoja de registro de enfermería firmada por el médico responsable de la exploración (92%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.
- La hoja de registro mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias y el resto de servicios del hospital.
- El registro mejora la seguridad del paciente.
- Constancia en la historia clínica de la prescripción médica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/210 ===== ***

Nº de registro: 0210

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, SANCHO MUÑOZ ELENA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, MORENO RUIZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente que precisa prueba endoscópica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma.
Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

MÉTODO

1. Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscópicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

INDICADORES

Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estándar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

DURACIÓN

Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias.
Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre 2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican resultados al personal de la unidad y al centro.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MORENO RUIZ MARTA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración del procedimiento para la realización del test del aliento
- Reuniones con el servicio de laboratorio para gestionar el proceso de recepción y análisis de la muestra
- Difusión al personal de la unidad y reunión informativa con el personal de Atención Primaria
- Inclusión en la Intranet del sector

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Preparación correcta de los pacientes que acuden a realizarse el test del aliento: 96%
- Resultado de la prueba en Historia Clínica Electrónica en 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Disminución de la demora en la citación del test del aliento
- Mejora en la preparación del paciente debido a una adecuada información previa a la realización del test por lo que se evita citaciones repetidas y resultados falsamente negativos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/953 ===== ***

Nº de registro: 0953

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MORENO RUIZ MARTA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos. Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 días para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 días.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.

Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.

Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

MÉTODO

Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento (Test de ureasa).

Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.

Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

DURACIÓN

Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.

Evaluación de resultados: 4º 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 - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MORENO RUIZ MARTA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración del procedimiento para la realización del test del aliento.
- Reuniones con el servicio de laboratorio para gestionar el proceso de recepción y análisis de la muestra.
- Difusión al personal de la unidad y reunión informativa con el personal de Atención Primaria.
- Inclusión en la Intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Preparación correcta de los pacientes que acuden a realizarse el test del aliento: 96%
- Resultado de la prueba en Historia Clínica Electrónica en 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Disminución de la demora en la citación del test del aliento.
- Mejora en la preparación del paciente debido a una adecuada información previa a la realización del test por lo que se evita citaciones repetidas y resultados falsamente negativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/953 ===== ***

Nº de registro: 0953

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MORENO RUIZ MARTA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos. Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 días para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 días.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.

Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.

Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

MÉTODO

Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento (Test de ureasa).

Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.

Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

DURACIÓN

Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.

Evaluación de resultados: 4º trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0100

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ante la expectativa de traslado del responsable del proyecto, comenzamos a realizar el trabajo de forma inmediata en el segundo trimestre de 2016. Se empezó a realizar control de peso, talla y perímetro de cintura de forma rutinaria a todos los pacientes visitados en la consulta. El proyecto inicialmente iba a durar 2 años y se iba a estimar en un muestreo de 200 paciente sucesivos si había habido efecto sobre la disminución de peso; como no iba a dar tiempo hizimos el muestreo en 200 pacientes sucesivos en mayo de 2016 y deteminamos si había habido cambios en el peso en los últimos 5 años, ya que el equipo asistencial lleva trabajando 5 años y el mayor enfoque al cuidado del peso ya se venía realizando previamente. En una hoja de cálculo excel recogimos la estadística diaria de los pacientes pesados/tallados en relación a pacientes visitados, IMC recogidos, obesos diagnosticados y realizados labores de educación dietética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

76% de pacientes con control de peso en 1ª visita y 58% en visitas sucesivas=insuficiente
68% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y 38% en visitas sucesivas=aceptable
80% de pacientes tenían exceso de peso (15% sobrepeso grado I; 34% sobrepeso grado 2; 29% obesidad grado 1; 15% obesidad grado 2; 6,5% obesidad grado 3 y 0,5% obesidad grado 4) 47% con determinación del perímetro de cintura en 1ª visita y 32% al menos una vez al año=insuficiente
48% de pacientes con obesidad han recibido información escrita para disminuirlo=aceptable
Estudio en 200 controles sucesivos:
-46% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (2011 a 2016): adecuado
-24% que mantienen peso en ese período: adecuado
-32% con exceso de peso que aumenta peso en ese período: inadecuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para realizar de forma rutinaria a todos los pacientes visitados (media 28/día) control de peso, talla y perímetro de cintura se precisaría una auxiliar de enfermería. Con los recursos actuales (médico+enfermera) alcanzamos a determinar en las 3/4 partes de los pacientes. Hay que evitar no realizarlo en pacientes en que sea más prioritario (diabéticos y obesos).
De los pacientes diagnosticados de obesidad (51%, media 14 pacientes día) hemos podido dar información acerca del problema, una somera explicación dietética y unos objetivos de pérdida ponderal a unos 7 pacientes diarios (48%). Para poder darle información adecuada a todos o más detallada sería precisa otra enfermera o dietista. Con los recursos actuales una vez más hemos de priorizar aquellos pacientes que más comorbilidades tienen (diabéticos, hipertensos, patología cardiovascular previa).
El proyecto nos ha servido también para evaluar la prevalencia de las patologías que atendemos en la consulta y el perfil de los pacientes: 73% son mujeres, la edad media es de 61,6 años. Patologías vistas: hipotiroidismo 34%, DM2 33%, hipertiroidismo 10%, bocio 8%, DM1 6%, obesidad 3% (se entiende pacientes remitidos por MAP para que tratemos su obesidad). Otros diagnósticos 6%. El 67% de los pacientes son sedentarios. De aquí se derivan datos que pueden ser aprovechados por los siguientes responsables de la consulta: mejorar la formación de los médicos de cabecera del área en la patología tiroidea que es más frecuentemente remitida de lo habitual; informar a los médicos del área del alto nivel de sobrepeso, obesidad y sedentarismo que hemos detectado para que se implementen medidas preventivas más precoces.
Con un programa de intervención sobre el peso los resultados globales pueden ser modestos pero el impacto en la salud puede ser importante porque al menos evitamos que al menos globalmente el peso siga aumentando, concienzamos algo a los pacientes en cuanto a sus hábitos y esto debería rendir mejores resultados de salud en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0100

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un 80% de los pacientes que atendemos en la consulta de Endocrinología tienen sobrepeso u obesidad (en la población general esta cifra es del 40-50%). Muchas patologías endocrinológicas tienen como una de sus causas o favorecedores al exceso de peso y otras son complicadas por dicho exceso. Salvo en aquéllos pacientes que son remitidos específicamente para disminuir peso (en torno a un 5% de los que atendemos), no se suele dar la importancia debida a este problema. Aproximadamente entre un 30 y un 50% de los pacientes con exceso de peso refieren que ningún sanitario se lo ha dicho ni le ha explicado como corregirlo y las consecuencias de no hacerlo. En nuestra consulta sólo se ha venido determinando el peso en un 20% de las ocasiones en la visitas de seguimiento y en un 50% de las ocasiones en la primera visita; el perímetro de cintura sólo se ha determinado en un 2% de las visitas. Nuestro propósito es diagnosticar a todos los pacientes que tengan problemas de peso e indicarles cuáles son los problemas asociados y explicarles la manera de intentar corregir o disminuir el riesgo asociado.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir que todos los pacientes atendidos en la consulta de Endocrinología sean clasificados adecuadamente en relación a su peso (bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad y el grado de cada uno).
Conseguir que todos los pacientes con exceso de peso, sean informados de ello, de las consecuencias o riesgos asociados y se les den indicaciones adecuadas para corregirlo o minimizarlo.

MÉTODO

Pesar, tallar y determinar el perímetro de cintura en todos los pacientes en la primera visita, luego determinar el peso en todas las visitas sucesivas, calculando el IMC y determinar el perímetro de cintura al menos una vez al año.
Los pacientes con sobrepeso serán informados por el médico y se les hará recomendaciones dietéticas genéricas y recomendaciones genéricas de actividad física según posibilidades y características de cada enfermo.
Los pacientes con obesidad recibirán información detallada y escrita de los puntos anteriores por parte de la enfermera.

INDICADORES

% de pacientes con control de peso en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con exceso de peso y con determinación del perímetro de cintura en 1ª visita y una vez al año.
% de pacientes con obesidad que han recibido información escrita para disminuirlo.
% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (200 controles sucesivos)

DURACIÓN

Puesta en marcha del proyecto en último trimestre de 2016.
1ª evaluación de resultados en septiembre de 2017
2ª evaluación y cierre en su caso en septiembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0566

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
SANTOS GIL MARIA TERESA
MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se diseñó un de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch. Se valoraron las determinaciones hormonales basales y las pruebas funcionales más frecuentemente solicitadas desde la consulta de Endocrinología.
- En la realización del volante se tuvo en cuenta la agrupación de las determinaciones hormonales por órgano productor: 1. Suprarrenal. 2. Hipófisis. 3. Tiroides. 4. Hormonas esteroides.
- Se especificó un apartado específico para Pruebas funcionales, sólo designando aquellas más utilizadas en consultas. (Estímulo con ACTH, Hipoglucemia insulínica, Ritmo cortisol, Supresión DXT, SOG para GH, Sobrecarga iv sodio, Supresión con captopril, SOG 75 gr, Estimulación con Thyrogen, Prolactina 20 min).
- Se realizó varias reuniones con el personal facultativo del Laboratorio clínico del hospital para determinar la idoneidad del modelo de solicitud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Hospital Ernest Lluch de Calatayud no disponía de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio. Las hormonas se solicitaban en el volante genérico de bioquímica, identificándose errores en la transcripción de pruebas solicitadas y dando lugar a visitas repetidas de pacientes en la consulta por falta de pruebas. Finalmente se ha podido desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel, consensado con el laboratorio de Bioquímica y especificándose las pruebas más frecuentemente utilizadas en la consulta de Endocrinología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mediante el diseño de un modelo de solicitud de pruebas endocrinológicas se ha optimizado la consulta de Endocrinología. No se invierte tiempo durante la consulta en rellenar de forma manual las pruebas hormonales requeridas para el paciente. El laboratorio recibe la información adecuada y exacta acerca de las determinaciones que se tienen que realizar y no hay errores en la transcripción de las pruebas. Queda pendiente de valorar la extensión del modelo de solicitud de hormonas a otras áreas médicas como medicina interna y atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/566 ===== ***

Nº de registro: 0566

Título
ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, SANZ FOIX PERFECTA, SANTOS GIL MARIA TERESA, MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0566

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La labor del Endocrinólogo en el Hospital Ernest Lluch se desarrolla principalmente en la consulta ambulatoria. Diariamente se solicitan perfiles hormonales, pero no se dispone de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio clínico en formato papel. Las determinaciones hormonales se solicitan de modo manual escribiendo en un recuadro que se encuentra al final del volante de análisis general. Además de consumir tiempo en la consulta, esto produce que en algunos casos no se soliciten las determinaciones hormonales de forma correcta en todos los pacientes atendidos en la consulta, aumentándose el número de visitas de los pacientes y demorándose el diagnóstico de su patología.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel que pueda ser usado en la consulta de Endocrinología. De este modo, se aumenta la calidad asistencial y la eficacia con la que son atendidos los pacientes en la consulta de Endocrinología.

MÉTODO

- Realización de un modelo de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch.
- Las hormonas se agruparán por órgano productor de las mismas.
- Se incluirán las pruebas funcionales de cada eje hormonal más utilizadas en la consulta.
- Se determinarán perfiles hormonales de las patologías más prevalentes.
- Se realizará una reunión con el Laboratorio para determinar la validez del modelo de solicitud.

INDICADORES

- Número de pacientes que les falta alguna determinación hormonal inicialmente según su patología y tienen que volver a la consulta para resultados.
- Adecuación de los perfiles hormonales a las patologías más prevalentes.

DURACIÓN

- El modelo de solicitud se realizará durante los meses de mayo y junio de 2018.
- Se determinará la adecuación del modelo en el tercero y cuarto trimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0464

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PERFECTA SANZ FOIX
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

charlas informativas de la enfermedad a los familiares ingresados diabeticos, una vez al mes, power point para visualizar y fotocopias para leer son los recursos empleados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En proceso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/464 ===== ***

Nº de registro: 0464

Título
CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo y la que consume un mayor gasto de los presupuestos en los Sistemas de Salud. El estudio Di@betes muestra que la prevalencia de personas con DM tipo 2 en España es del 13,8%. La incidencia de personas con DM tipo 1 es de 12-14 casos/100.000 habitantes/año. Además la diabetes es la comorbilidad más frecuente en otras enfermedades crónicas también muy prevalentes, como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras.

La educación terapéutica (ET) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con DM y en aquellas en riesgo de padecerla. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro. Además, está demostrado que el entrenamiento grupal en estrategias de autocuidado en personas con DM es efectivo para mejorar el nivel de glucosa en ayunas, HbA1c y el conocimiento sobre la enfermedad, reduciendo también los factores de riesgo asociados y la necesidad de medicación.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0464

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Nuestro objetivo es la creación de un documento informativo de la DM para los pacientes en tratamiento con insulina y sus familiares para aumentar su nivel de ET, mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes y prevenir la aparición de complicaciones y las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad.
- En él, explicaremos qué es la DM, cómo se debe controlar, cuáles son los tratamientos actuales, en qué consiste la inyección de insulina y cómo se deben tratar los episodios de hipoglucemia e hiperglucemia.

MÉTODO

- Elaboración de un documento informativo que se entregará a todos los pacientes diabéticos que acudan a la consulta de Endocrinología del HELL y a los que se le inicie insulinización.
- Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en DM y presentación de folletos informativos.

INDICADORES

- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del documento informativo de DM: $(N^\circ \text{ de nuevos usuarios satisfechos} / n^\circ \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$.
- Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

DURACIÓN

Creación de documento informativo: abril-mayo de 2019,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2019
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde junio de 2019 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0464

1. TÍTULO

CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Septiembre 2019: Creación del documento informativo para pacientes diabéticos en tratamiento con insulina. Se ha creado un documento informativo en el que se han incluido los siguientes apartados: conceptos generales, hemoglobina glicosilada, la alimentación en el paciente diabético, el ejercicio físico, técnica de inyección de insulina, técnica de autoanálisis, hipoglucemia, hiperglucemia, información en internet de interés.

- Noviembre 2019: Se inicia la entrega del documento a pacientes con diabetes en tratamiento con insulina que son vistos en la consulta.

- Enero 2020: Se pone a disposición del resto de personal sanitario el documento en la intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha evaluado el porcentaje de pacientes con DM satisfechos con el documento informativo. En diciembre 2019 se realizan dos talleres de educación terapéutica para DM tipo 1, donde también se les hace entrega del documento informativo. El 100% de los pacientes está satisfecho con la información recibida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental la elaboración de documentación informativa propia para entregar a los pacientes desde las Unidades de especialidades médicas y AP. Los pacientes tienen a su disposición información a veces no adecuada muy accesible desde internet. Tenemos que asegurar que reciben información relativa a sus enfermedades adecuada. La creación de documentos informativos es una herramienta sencilla y factible a realizar desde las diferentes unidades y con gran impacto en el personal atendido. Facilita que además los pacientes refuercen los contenidos aprendidos durante la educación sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/464 ===== ***

Nº de registro: 0464

Título
CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo y la que consume un mayor gasto de los presupuestos en los Sistemas de Salud. El estudio Di@betes muestra que la prevalencia de personas con DM tipo 2 en España es del 13,8%. La incidencia de personas con DM tipo 1 es de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0464

1. TÍTULO

CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

12-14 casos/100.000 habitantes/año. Además la diabetes es la comorbilidad más frecuente en otras enfermedades crónicas también muy prevalentes, como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras.

La educación terapéutica (ET) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con DM y en aquellas en riesgo de padecerla. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro. Además, está demostrado que el entrenamiento grupal en estrategias de autocuidado en personas con DM es efectivo para mejorar el nivel de glucosa en ayunas, HbA1c y el conocimiento sobre la enfermedad, reduciendo también los factores de riesgo asociados y la necesidad de medicación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Nuestro objetivo es la creación de un documento informativo de la DM para los pacientes en tratamiento con insulina y sus familiares para aumentar su nivel de ET, mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes y prevenir la aparición de complicaciones y las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad.
- En él, explicaremos qué es la DM, cómo se debe controlar, cuáles son los tratamientos actuales, en qué consiste la inyección de insulina y cómo se deben tratar los episodios de hipoglucemia e hiperglucemia.

MÉTODO

- Elaboración de un documento informativo que se entregará a todos los pacientes diabéticos que acudan a la consulta de Endocrinología del HELL y a los que se le inicie insulinización.
- Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en DM y presentación de folletos informativos.

INDICADORES

- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del documento informativo de DM: $(N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios satisfechos}^* / n^{\circ} \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$.
- Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

DURACIÓN

Creación de documento informativo: abril-mayo de 2019,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2019
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde junio de 2019 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MOISES URIARTE PINTO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORTE ROMEA ELENA
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO
TORCAL AZNAR JAVIER
RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado y adecuado la base de datos de medicamentos con la que se trabaja en el Servicio de Farmacia y que será la empleada en la prescripción electrónica.

Esta revisión ha consistido en:

- El cambio de todas las descripciones de los medicamentos de nombre comercial a principio activo, dosis y forma farmacéutica.
 - Comprobar que la dosis por unidad es correcta.
 - Comprobar que la forma farmacéutica es correcta.
 - Comprobar que la vía de administración más frecuente es correcta.
 - Para los medicamentos que se administran frecuentemente a una dosis y con una pauta posológica fija, incorporar estos datos a la ficha del medicamento para facilitar el proceso de prescripción y que en ese momento la prescripción se cree con todos los datos incorporados.
 - Incorporar el dato de la Dosis Diaria Definida (DDD) para generar cálculos automáticos de consumo de medicamentos, sobre todo para los antibióticos (dato necesario para elaborar el informe de consumo de antibióticos solicitado desde el Gripe PROA autonómico).
 - Verificar la correcta parametrización de los medicamentos para que aparezcan correctamente en los distintos aplicativos (Unidosis (de este módulo capta los datos el módulo web de prescripción electrónica), Dispensación pacientes ambulatorios, Dispensación pacientes externos).
 - Verificación de los permisos de los distintos perfiles de usuarios (médico, enfermería, farmacéutico) para asignar correctamente el acceso a las distintas funcionalidades de cada grupo.
 - Verificación de la estructura interna de camas disponibles en el hospital para adecuarlas a la disponibilidad en el hospital.
- Hasta el momento no se ha podido implantar definitivamente la prescripción electrónica puesto que se va a poner en marcha a través de un módulo web en lugar del aplicativo que estaba programado en el proyecto inicial. Este módulo web corporativo, incorpora también un módulo de administración de medicación por el personal de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento no se ha podido implantar la prescripción electrónica, pero se ha adecuado toda la base de datos de medicamentos para poder implantarla próximamente en este año.

No se puede valorar el indicador propuesto ya que no se ha completado el proyecto.

En mayo de 2019 está previsto comenzar con la implementación del proyecto en principio con una planta de hospitalización como piloto en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido un trabajo árduo el que se ha llevado a cabo con la revisión de más de 2.000 fichas de medicamentos diferentes. El paso por el Servicio de Farmacia de múltiples personas durante los últimos años no ha ayudado al correcto mantenimiento de esta base de datos que contaba con múltiples errores que hasta ahora no se han corregido porque no era necesario para el correcto funcionamiento del servicio, pero totalmente necesario para la puesta en marcha de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

URIARTE PINTO MOISES, MORTE ROMEA ELENA, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO, TORCAL AZNAR JAVIER, OLLERO DOMENCHE LETICIA, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que ingrese en el hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.
En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...
Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.
Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools®.
 - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
 - b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo farmacoterapéutico...
 - c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.
(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100
Fuente de Datos: Auditoría
Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.
Límite Inferior: 40%
Límite superior: 50%

DURACIÓN

Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MOISES URIARTE PINTO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAGARDOY VALERA IGNACIO
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
DE MARCO MURO CRISTINA
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA
SEDILES ORTIZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la consecución del presente proyecto se ha:

- Actualizado y corregido los errores detectados en la base de datos de medicamentos del Hospital Ernest Lluch (dosis por presentación, vía de administración, dosis y frecuencia más habituales de administración, registro de la dosis diaria definida, entre otros).
- Carga y activación de todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso de prescripción, validación y administración de medicación en el paciente hospitalizado (médicos, enfermería y farmacéutico).
- Instalación de nuevos ordenadores en las Unidades de Enfermería.
- Formación de formadores: se recibió una sesión formativa sobre el manejo del módulo de prescripción y de administración de PreSalud.
- Puesta en marcha en la Unidad de Enfermería C (Medicina Interna).
- Se está trabajando en la extensión a otras Unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grado de implantación de la prescripción electrónica en la Unidad de Enfermería C: 91,05%.

Este dato observado en el periodo de implantación (segundo semestre de 2019) se debe a que el inicio fue gradual. Cada nuevo ingreso se iba incluyendo en el sistema de prescripción electrónica, sin embargo, los pacientes que estaban ingresados previamente continuaron en el sistema antiguo hasta que fueron dados de alta.

En la actualidad la totalidad de los pacientes que ingresan en la Unidad de Enfermería C disponen de prescripción médica electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la prescripción electrónica es un sistema que agiliza tanto el proceso de prescripción como de administración por parte de enfermería. Además, aumenta la visibilidad del tratamiento actualizado y administrado al paciente a otros profesionales implicados en la atención al paciente hospitalizado. Tenemos que seguir trabajando para implementar otras ayudas a la prescripción como sistemas de alertas por parámetros clínicos o interacciones farmacológicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, MORTE ROMEA ELENA, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO, TORCAL AZNAR JAVIER, OLLERO DOMENCHE LETICIA, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que ingrese en el hospital

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.

En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...

Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.

Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools@.
 - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
 - b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo farmacoterapéutico...
 - c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools@.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.

(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100

Fuente de Datos: Auditoria

Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.

Límite Inferior: 40%

Límite superior: 50%

DURACIÓN

Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0104

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ASCENSION VALLEJO GUERRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboracion del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutáneo: septiembre 2016.
- Elaboracion de una guia de bolsillo con ilustraciones y conocimientos básicos sobre la manipulacion de los reservorios: noviembre 2016.
- Impresion y difusion del procedimiento y guia mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio: 2 talleres realizados en noviembre del 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADO:
- Uso y manipulacion del reservorio cutáneo adecuado por parte de los profesionales enfermeros del hopital "Ernest Lluch" siguiendo el procedimiento elaborado.
INDICADORES:
- Elaboracion del procedimiento y guia del uso y manejo de reservorio.
- Realizacion de 2 talleres formativos para su difusion.
- Existencia del procedimiento y guia en todas las unidades de enfermeria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Satisfaccion por nuestra parte, por haber podido elaborar y poner en funcionamiento este procedimiento de uso y manejo de reservorio; para mejora tanto, del trabajo diario de los profesionales de enfermeria como, para el beneficio del propio paciente; y estar al alcance en todos los servicios/unidades del hospital "Ernest Lluch" de Calatayud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/104 ===== ***

Nº de registro: 0104

Título
ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
VALLEJO GUERRERO ASCENSION, BLANCAS COSTEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento en los últimos años de la cantidad de pacientes portadores de reservorio subcutáneo, hace necesaria una estandarización de sus cuidados y su difusión entre los profesionales del Hospital Ernest Lluch. Aunque inicialmente los pacientes portadores, se tratan y son atendidos en Hospital de día oncológico, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0104

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

continuidad de cuidados se extiende al resto de unidades del Hospital Ernest Lluch, tanto de hospitalización como de servicios como Laboratorio o Urgencias

La ventaja inicial de este tipo de vía venosa es que evita múltiples pinchazos a los pacientes, pero si los profesionales de enfermería no están habituados a su manejo, eso supone además el desplazamiento en numerosas ocasiones del paciente al hospital de Día oncológico, con la incomodidad y gasto que eso supone para los pacientes. La propia manifestación de los pacientes y del personal no adiestrado sobre el miedo y la inseguridad en la manipulación del reservorio ha hecho también necesario el plantear talleres de refuerzo de conocimientos y adiestramiento sobre la técnica

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es que todos los profesionales enfermeros del hospital Ernest Lluch que manipulan un reservorio, lo hagan de la forma adecuada y estandarizada siguiendo el uso de la guía /procedimiento que se elabore.

MÉTODO

- Elaboración del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutáneo
- Elaboración de una guía de bolsillo con ilustraciones y conocimientos básicos sobre la manipulación de los reservorios.
- Impresión y difusión del procedimiento y guía mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio.

INDICADORES

- 1- Elaboración del procedimiento y guía del uso y manejo de reservorios.
- 2- Realización de al menos 2 talleres formativos para su difusión.
- 3- Existencia del procedimiento y guía en todas las unidades de enfermería.

DURACIÓN

Elaboración del procedimiento: Septiembre 2016
Difusión e impresión del procedimiento: Noviembre 2016
Difusión en todas las unidades de enfermería: Noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE NOEMI MANRESA OROZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GILABERTE ESTELA
SANZ FOIX PERFECTA
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
CORTES CASADO AFRICA
PEREZ FERNANDEZ LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros centros hospitalarios donde ya están implantadas (3)
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia(4)
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia (2)
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada).(2)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación hospitalaria, elaboración de documento informativo (3)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración, Implantación y difusión de dietas adaptadas para el paciente con disfagia orofaríngea.
- Disminución del nº de broncoaspiraciones y complicaciones en estos pacientes.
- Se realiza actividad formativa dirigida a todo el sector sobre cuidados de enfermería en paciente con disfagia donde se realiza talleres prácticos y exposición de video explicativo para el aprendizaje de realización del test volumen viscosidad.
- El 100% de los pacientes diagnosticados con ICTUS que pueden iniciar tolerancia oral tras la realización del test volumen viscosidad, con dietas adaptadas disfagia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos indican que es un proyecto aplicable a otros sectores sanitarios debido al balance positivo de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Desde la comisión de nutrición de enfermería y con el apoyo de la dirección se realizarán dos ediciones formativas anuales sobre disfagia dirigida a todo el personal de enfermería para reforzar conocimientos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/133 ===== ***

Nº de registro: 0133

Título
ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION: DIETAS DISFAGIA

Autores:
MANRESA OROZ NOEMI, SANCHEZ GILABERTE ESTELA, MARTINEZ BENEDI ISABEL, SANZ FOIX PERFECTA, MARIN MARTINEZ MARIA JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, CORTES CASADO AFRICA, PEREZ FERNANDEZ LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto surge de la observación del riesgo de episodios de atragantamiento sufridos por nuestros pacientes relacionados con la alimentación no adaptada a sus necesidades de forma adecuada y como continuidad a una adaptación de las dietas hospitalarias que se modificaron parcialmente en el año 2016 sin conseguir los resultados esperados.

La disfagia no es una enfermedad en si, sino más bien un síntoma de otras enfermedades
Las complicaciones derivadas de la disfagia tienen importante repercusión en el enfermo y en el sistema sanitario:
- Atragantamientos graves
- Infecciones respiratorias reiteradas o graves por el paso del alimento a vias respiratorias
- Desnutrición o deshidratación por no ingerir los alimentos/liquidos necesarios
- Pérdidas de peso y debilidad muscular
- Ingresos hospitalarios con la consiguiente repercusión humana, sanitaria, social y económica, además de la alta tasa e mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general:

Tratamiento nutricional de la disfagia manteniendo un adecuado estado de nutrición e hidratación y una alimentación sin riesgos.

Objetivos específicos:

- Disminuir o evitar los problemas como el atragantamiento y/o la aspiración.
- Mantener un buen estado nutricional y una correcta hidratación.
- Facilitar la deglución con maniobras dietéticas adecuadas a la capacidad individual de masticar y deglutir
- Satisfacción del paciente: que la hora de comer sea lo mas agradable posible y que se mantenga la alimentación oral el mayor tiempo posible

MÉTODO

- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros centros hospitalarios donde ya están implantadas.
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia.
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia.
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación interhospitalaria, elaboración de documento informativo

INDICADORES

. 1-Grado de Cumplimento:

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

2-Existencia de la dieta disfagia

3-Grado de aplicación:

Pautar la dieta al 100% de pacientes afectados por disfagia grave

Nº de dietas disfagia prescritas/Nº de pacientes afectados de disfagia

DURACIÓN

- Reuniones de todos los diferentes equipos multidisciplinares durante el primer trimestre 2018.
- Elaboración de dietas: Abril 2018
- Implantación de dietas en el hospital: Mayo 2018
- Evaluación de resultados: Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0891

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRÓNICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA DE MARCO MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CERDAN MORENO LAURA
AGUILERA GARCIA CRISTINA
PEREZ GUILLEN MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Mantenimiento de reuniones periódicas con el personal de enfermería de la unidad para detectar acciones de mejora.
- Implantación de un sistema de registro de constantes vitales en todos los turnos.
- Actualización de la guía de funcionamiento de la unidad incluyendo esta actividad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º % De registros de enfermería correctamente cumplimentados:

65 registros de enfermería correctos / 72 registros enfermeros de pacientes crónico complejos = 90%

2º % De complicaciones relacionadas con la variación de ctes vitales que han requerido intervención facultativa:
13 intervenciones de enfermería que requieren intervención de facultativos /72 ingresos de pacientes crónicos complejos = 18.05%

Muestra: nº de ingresos de pacientes incluidos en el programa crónico complejo desde abril a diciembre de 2019

Fuente: registro informático de datos HPHISS e HCE

registro manual de historia de enfermería (gráfica de constantes y evaluación enfermera)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la implantación de un registro estandarizado de constantes y evaluación de enfermería del paciente crónico complejo por turno, se ha conseguido identificar precozmente signos y síntomas de riesgo. Esta intervención a supuesto la puesta en marcha de actuaciones médicas y de enfermería que han evitado situaciones clínicas de empeoramiento o complicaciones en el paciente crónico complejo por lo que consideramos cumplidos los objetivos propuestos en este proyecto y su continuidad en la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/891 ===== ***

Nº de registro: 0891

Título

MEJORA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRONICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:

DE MARCO MURO MARIA CRISTINA, CERDAN MORENO LAURA, AGUILERA GARCIA CRISTINA, PEREZ GUILLEN MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0891

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRÓNICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

PROBLEMA
SEGÚN LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE NUESTRO HOSPITAL, A LOS PACIENTES INGRESADOS SE LES TOMAN CONSTANTES VITALES (TA, FC, SATURACIÓN DE O₂ Y T°) SIEMPRE EN EL TURNO DE MAÑANA Y ADEMÁS, SEGÚN PAUTA FACULTATIVA CUANDO LO PRECISAN.
EN ALGUNAS OCASIONES HEMOS DETECTADO SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SALUD DEL PACIENTE AL PASAR INADVERTIDAS VARIACIONES EN LOS VALORES DE LAS CONSTANTES.
POR EL TIPO DE PACIENTES DE LOS QUE SE TRATA, ESTAS VARIACIONES SON MUY IMPORTANTES PARA LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE SU PROCESO HOSPITALARIO.

RESULTADOS ESPERADOS
- DETECTAR PRECOZMENTE LAS DESVIACIONES DE LOS VALORES NORMALES DE LAS CONSTANTES VITALES Y EVITAR ASÍ POSIBLES COMPLICACIONES EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.
- ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR TURNO SIN SER NECESARIA LA PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA.
- MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE AL AUMENTAR LA SUPERVISIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

MÉTODO
- MANTENER REUNIONES PERIODICAS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD PARA DETECTAR ACCIONES DE MEJORA.
- IMPLANTAR UN SISTEMA DE REGISTRO DE CONSTANTES VITALES EN TODOS LOS TURNOS.
- INCLUIR EN LA GUÍA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD ESTA ACTIVIDAD.

INDICADORES
- % DE REGISTROS DE ENFERMERIA CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS (MUESTRA DE 25 HISTORIAS)
- % DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA VARIACIÓN DE CTES VITALES QUE HAYAN REQUERIDO INTERVENCIÓN FACULTATIVA.

DURACIÓN
- PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2019: REALIZACIÓN DE REUNIONES CON MIEMBROS DE LA UNIDAD Y PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO.
- TERCER TRIMESTRE 2019: EVALUACIÓN DE INDICADORES.

OBSERVACIONES
ESTO FACILITARÁ SU RÁPIDA IMPLANTACIÓN

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ORTEGA MAJAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
CLEMENTE SALA ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde abril de 2018 a diciembre de 2018 se han realizado las siguientes actividades:

1. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.

Se ha realizado auditoria en todo el hospital de la disponibilidad de PBA, soportes y carteles. En los puntos donde se ha observado la falta de alguno de los componentes evaluados se ha hablado con el responsable de la unidad de enfermería informando para corregirlo.

2. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos de una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.

El día 8 de mayo celebramos en el hospital de Calatayud el día mundial de higiene de manos al ser el día 5 de mayo sábado.

Personal de medicina preventiva preparó un carro ad hoc para dar información y formación de la técnica de higiene de manos en todas las unidades del hospital (también se utilizaron lámparas de rayos UV para comprobar la adecuación de la higiene de manos). En los servicios quirúrgicos también se les dió formación de la antisepsia quirúrgica de manos.

3. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.

Con motivo del día mundial de higiene de manos se hizo distribución de carteles por todo el hospital.

Posteriormente, a principio de otoño se hizo un plan de contingencia de la gripe estacional 2018/19. Uno de los puntos a considerar era disponer de soluciones hidroalcohólicas y carteles en todos los puntos de atención hospitalaria.

4. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud
Con la colaboración de un coordinador de higiene de manos de Aragón y del IC+S, se realizó un curso de higiene de manos acreditado en el sector de Calatayud. La sesión presencial fue el 17 de octubre y posteriormente online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital: PENDIENTE

2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital PENDIENTE

3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora: SÍ

4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. SÍ

5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. SÍ

6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. SÍ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Con la auditoria y el plan de contingencia de la gripe se dispone de PSA y carteles en todos los habitáculos de atención del hospital, pero sigue habiendo un % de camas de hospitalización sin PBA en el punto de atención por problemas de ubicación de mobiliario, desplazamiento de pacientes...etc.

2. Se ha comprobado mucha mayor implicación en la formación de higiene de manos del personal de enfermería que del personal médico.

7. OBSERVACIONES.

Se está trabajando en la elaboración de la guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital para su posterior difusión

*** ===== Resumen del proyecto 2018/388 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Nº de registro: 0388

Título
PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, CLEMENTE SALA ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROFESIONALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) que incluyen a la infección nosocomial (IN) clásica y a las infecciones adquiridas por pacientes de la comunidad en contacto con la asistencia sanitaria, afectan cada año a cientos de pacientes en todo el mundo. Son una consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, ocasionando una alta morbilidad y mortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.
En los países desarrollados entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital contraen una IRAS, representando según el estudio ENEAS de 2005 un 25% de los eventos adversos, siendo en más de la mitad de los casos evitables.
La importancia de las manos en la transmisión de las IRAS está demostrada. Los microorganismos son adquiridos por los profesionales sanitarios durante el contacto directo con pacientes o de manera indirecta con los objetos que lo rodean, y transmitidos de paciente a paciente, por lo que una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducirlas. Existen estudios de alta calidad en la literatura científica que describen que la frecuencia de IRAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios realizan una adecuada higiene de manos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario y no sanitario del hospital.
2. Aumentar la adherencia a la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario.
3. Fomentar el uso racional de guantes.

MÉTODO
1. Diseño y elaboración de una guía específica para el hospital sobre higiene de manos y uso adecuado de guantes.
2. Difusión de la guía en el hospital
3. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.
4. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.
5. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.
6. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud.

INDICADORES
1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital (SÍ, NO).
2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital (SÍ, NO).
3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora (SÍ, NO).
4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. (SÍ, NO).
5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. (SÍ, NO).
6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. (SÍ, NO).

DURACIÓN
1 AÑO (Desde abril de 2018 a marzo de 2019)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1353

1. TÍTULO

REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
GRACIA GOMEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se hizo una búsqueda bibliográfica con revisión de artículos y de protocolos de otros hospitales y comunidades autónomas. Durante el transcurso de estas actividades, se publicó por parte de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón el "Protocolo de vacunación en grupos de riesgo" por lo que se ha tenido que modificar el nuestro para adaptarlo al documento de la Dirección General de Sanidad. Por ello, se ha informado a Farmacia y a las especialidades médico-quirúrgicas responsables de derivar a los citados pacientes, del citado documento para consensuar todas las adaptaciones. Una vez finalizado su desarrollo, se ha remitido a la Comisión de Calidad del hospital para su aprobación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el protocolo de vacunación para pacientes que pertenecen a grupos de riesgo del sector de Calatayud, habiendo sido consensuado con las especialidades afectadas por el mismo. Debido al poco tiempo de su implementación no se han podido valorar los indicadores de forma significativa pero actualmente el porcentaje de pacientes que completan el protocolo es el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A destacar la implicación del equipo de enfermería en la búsqueda de bibliografía. Se va a ampliar el protocolo en forma de procedimientos internos de trabajo para la Unidad, con relación a información práctica en relación a las vacunas (nombres comerciales, características, etc.) ya que al ser susceptibles de frecuentes modificaciones no se obliga así a realizar actualizaciones del protocolo sino solamente a modificaciones de los procedimientos de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1353 ===== ***

Nº de registro: 1353

Título
REALIZACION Y DIFUSION DE UN PROTOCOLO DE VACUNACION PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Autores:
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, PRAT NAVARRO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Inmunosupresión por patologías o fármacos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes en situación de inmunosupresión, ya sea ésta causada por patologías, o, por prescripción de tratamientos inmunosupresores, son susceptibles a un riesgo de presencia o aumento de infecciones. Para disminuir ese riesgo existen estrategias de vacunación, ya recomendadas desde Salud Pública, a nivel nacional y autonómico. Las distintas sociedades médicas recomiendan a sus especialistas la necesidad de vacunación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1353

1. TÍTULO

REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

previa a la prescripción de fármacos inmunosupresores, indicaciones incluidas en las fichas técnicas de estos fármacos.

En dependencia de la causa que produzca la inmunosupresión, los pacientes se agruparán según su riesgo aplicándoles unas vacunas u otras.

En nuestro hospital está implementada desde hace años la consulta de vacunación a este tipo de pacientes pero no hay un protocolo establecido. Este hecho hace que los profesionales, más ante situaciones de movilidad, desconozcan el procedimiento, tanto los grupos de riesgo incluidos en el programa, como las serologías a solicitar previamente a vacunación, como la necesidad en determinados grupos de riesgo de vacunación de los convivientes, como la evaluación de inmunidad posterior a la vacunación, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de protocolo de vacunaciones para pacientes en grupos de riesgo.
- Difusión del protocolo a los profesionales implicados.

MÉTODO

- Búsqueda de bibliografía pertinente.
- Consenso con las especialidades implicadas médicas, quirúrgicas y Farmacia.
- Realización del citado protocolo.
- Presentación a Dirección para su aprobación.
- Difusión del protocolo.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que completan el protocolo según grupo de riesgo: $\frac{\text{Número de pacientes que completan protocolo de vacunaciones según el grupo de riesgo al que pertenezcan} \times 100}{\text{Número de pacientes que inician vacunación de los remitidos a consulta de Medicina Preventiva}}$

Rango de cumplimiento: 70-90%

- Porcentaje de pacientes con controles postvacunación anual:

$\frac{\text{Número de pacientes a los que se realiza valoración de inmunidad al año tras confirmación de inmunidad posterior a la primovacunación en las patologías que se puedan realizar serologías para este fin} \times 100}{\text{Número de pacientes a los que se realiza valoración de inmunidad posterior a la primovacunación}}$

Rango de cumplimiento: 70-90%

DURACIÓN

1 año iniciándolo a partir de mayo 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 - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de diferentes protocolos de nuestra Sociedad Científica (SEIMC) con el fin de adecuar sus recomendaciones a nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente se está llevando a cabo el manual de toma de muestras. Los indicadores se evaluarán una vez implantado dicho manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está trabajando coordinadamente todo el equipo para la realización del manual de toma de muestras, para su posterior difusión a todos los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES

Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN

Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de diferentes protocolos de nuestra Sociedad Científica (SEIMC) con el fin de adecuar sus recomendaciones a nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente se está llevando a cabo el manual de toma de muestras. Los indicadores se evaluarán una vez implantado dicho manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está trabajando coordinadamente todo el equipo para la realización del manual de toma de muestras, para su posterior difusión a todos los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES

Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN

Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2019 se llevó a cabo la elaboración del Manual de Toma de Muestras Microbiológicas mediante la revisión exhaustiva de la metodología en otros centros de referencia, así como de las recomendaciones de nuestra Sociedad Científica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, adecuándolas a nuestras necesidades y características propias.

A finales del mes de marzo de 2019 se llevó a cabo la difusión y publicación en la intranet del Sector de dicho Manual.

Durante el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2019 se llevó a cabo el registro de las incidencias relacionadas con las muestras mal transportadas que se recibieron en el Laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se determinó el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<5% del total de muestras).

Se determinó el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<5% del total de muestras).

Una vez publicado y difundido el Manual, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Muestras inadecuadamente transportadas al Laboratorio/6558 (número total de muestras recibidas): 0,15%.

Muestras inadecuadas para la investigación solicitada/6558: 0,38% (<5% del total de muestras).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario es imprescindible para la obtención de resultados óptimos y fiables que permitan hacer un diagnóstico correcto y preciso de las infecciones y así evitar tratamientos incorrectos e innecesarios, con el consiguiente aumento del gasto en antimicrobianos y sobre todo para evitar un potencial perjuicio al paciente.

Es responsabilidad de los microbiólogos mantener actualizados los protocolos, así como lo es también de los clínicos y personal de enfermería que realiza las tomas el consultar dichos manuales y contactar con el Laboratorio en los casos en los que haya dudas al respecto, para así evitar la pérdida innecesaria de muestras que, en algunas ocasiones, son irrepetibles por su obtención dificultosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO
Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN
Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto y recogida de indicadores y seguimiento desde Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De un total de 70 bacteriemias registradas, en el 85,7% el tiempo de respuesta fue adecuado (<2 horas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo se coordina adecuadamente y el tiempo de respuesta obtenido por el indicador lo consideramos óptimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/284 ===== ***

Nº de registro: 0284

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

empírico.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO

Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital, se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

INDICADORES

% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / Nº total de bacteriemias comunicadas X 100

DURACIÓN

- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a 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 - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto y recogida de indicadores y seguimiento desde Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De un total de 70 bacteriemias registradas, en el 85,7% el tiempo de respuesta fue adecuado (<2 horas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo se coordina adecuadamente y el tiempo de respuesta obtenido por el indicador lo consideramos óptimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/284 ===== ***

Nº de registro: 0284

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento empírico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO

Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital, se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

INDICADORES

% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / N° total de bacteriemias comunicadas X 100

DURACIÓN

- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a Noviembre 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 - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE RUBIO MONTUENGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR REDONDO ESTER
PUERTOLAS LILAO RAQUEL
GOMEZ HERNANDO MERCEDES
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
ALONSO DE MIGUEL AURORA
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
CORTES CASADO AFRICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Mantenimiento de reuniones periódicas de la Comisión de Cuidados de Enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un Protocolo de Inmovilización Terapéutica.
-Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del Comité de Ética Asistencial y del servicio de Psiquiatría del sector.
-Aprobación por la Comisión de Dirección.
-Difusión del Protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del Hospital Ernest LLuch.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se realizó la actividad formativa durante los días 22, 24 y 25 de octubre de 2018 titulada " Curso de abordaje y procedimiento de contención mecánica en el paciente agitado".
-Dicho curso lo realizaron 18 personas.
-El protocolo está en la Intranet del hospital para facilitar su aplicación en caso necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Creemos que el Protocolo elaborado es una herramienta muy útil en la práctica diaria en nuestro centro para unificar criterios y pautas de actuación.
-Tenemos previsto repetir durante este año 2019 las sesiones formativas para el personal pero esta vez haciéndolo de forma más concreta en cada Unidad, para reforzar conocimientos y difundirlo a más profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/102 ===== ***

Nº de registro: 0102

Título
MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Autores:
RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE, GASPAR REDONDO ESTER, PUERTOLAS LILAO RAQUEL, GOMEZ HERNANDO MERCEDES, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, ALONSO DE MIGUEL AURORA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, CORTES CASADO AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Los cambios experimentados en la sociedad, el incremento de la esperanza de vida unida a una mayor discapacidad y dependencia, y la actual consideración de la persona como sujeto de derechos ha llevado a una profunda reflexión sobre el modelo de atención a las personas en situación de dependencia. Esta situación origina cambios en el tipo de atención, pasando de asegurar la calidad de los cuidados profesionales a la atención integral centrada en la persona y la calidad de vida. La IT supone una confrontación ética entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Este conflicto ético, junto a los problemas de salud que puede desencadenar y sus posibles consecuencias legales exigen que el procedimiento que se realiza cumpla una normativa que contempla desde lo adecuado de la prescripción y metodología hasta el papel de todo el equipo implicado incluida la obligación de informar a la familia. La ausencia en nuestro hospital de un documento que marque los criterios claros y pautas de actuación en situaciones de crisis y la necesidad planteada de los profesionales al respecto, hace necesaria la elaboración e implantación de un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS

Generales:

- Regular el uso de IT en el hospital Ernest LLuch de Calatayud

Específicos:

- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en la aplicación de la IT con referencia a:
 - Indicaciones de la IT
 - Fases o secuencias de actuaciones
 - Procedimientos técnicos
 - Registro de datos de utilidad clínica
 - Evaluación
 - ? Proporcionar a los profesionales del Hospital los conocimientos y pautas que garanticen una adecuada utilización de la IT en caso necesario.
 - ? Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y cuidadores y la del personal asistencial.
- Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar IT de paciente en la práctica asistencial y poder prevenir los riesgos derivados de estas

MÉTODO

- ? Mantenimiento de reuniones periódicas de la comisión de cuidados de enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un protocolo de Inmovilización Terapéutica
- ? Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del comité de ética asistencial y del servicio de psiquiatría del sector.
- ? Aprobación por la comisión de dirección
- ? Difusión del protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del hospital Ernest Lluch.

INDICADORES

1- DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Una mayor difusión del protocolo facilita el conocimiento y uso del mismo en el centro de trabajo.
- Formula: N° de personas del servicio que conocen el protocolo $\times 100 / N^{\circ}$ de personas que trabajan en el centro
- Explicación de términos:
Difusión: talleres, cursos, sesiones realizadas en la unidad y Profesionales que han participado en ellos.
- Estándar: 90%
- Fuente de datos . Registro de personal/responsable de enfermería/auditoría interna/encuesta de satisfacción
- Población: Todo el personal de la unidad
- Responsable obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad obtención: Anual

2- PORCENTAJE DE PACIENTES CON MEDIDAS DE IT SEGÚN PROTOCOLO

- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Unificar criterios y pautas de actuación. Valorar exhaustivamente la indicación de la medida para hacer la sujeción solo cuando se hayan agotado las otras posibilidades.
- Formula: N° de pacientes que tienen en su historia los registros del protocolo debidamente cumplimentado $\times 100 / N^{\circ}$ de pacientes con IT.
- Explicación de términos
Datos de identificación del paciente/usuario
Información al usuario
Motivo de la sujeción
Estado del paciente/usuario
Tipo de sujeción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

ncidencias

Fecha de indicación, pauta temporal y retirada

- Estándar: 90%
- Fuente de datos: documentación clínico asistencial/ historia de enfermería
- Población: Todos los expedientes de las personas usuarias con medidas de sujeción
- Responsable de obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad de obtención: Anual

DURACIÓN

- ? Elaboración, revisión, aprobación e implantación del documento: Hasta 2º trimestre 2018-02
- ? Difusión mediante curso formativo: 3er trimestre 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 - 2018/0313

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CRUZ ESTEBAN GUAJARDO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE
MORTE ROMERO ASUNCION
ARENAS MARTINEZ MIRIAN
FORCEN CASADO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboracion de un folleto informativo- explicativo de todos los cuidados relacionados con con la alimentacion, accesovascular, controles analiticos y y radiologicos,administracionde farmacos y problemas psicosocialesde estos pacientes

Reuniones Programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto,,resolver dudasy dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodialisis. Estas reuniones se realizaron de manera que pudieran asistir todos los turnos de enfermeria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospita-

Se realizaron 9 sesiones formativas

Asistiendo 110 personas a las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la comunicacion con todos los servicios del hospital

Hemos observado que cuando un paciente de hemodialisis esta ingresado se siguen las recomendaciones incluidas en el folleto y explicadas en las charlas,con la mejora significativa en el cuidado del paciente.

Seria conveniente repetir este proyecto de mejora cada dos años .

7. OBSERVACIONES.

Ha sido muy positivo para nuestro servicio y para el hospital realizar este plan de mejora

*** ===== Resumen del proyecto 2018/313 ===== ***

Nº de registro: 0313

Título
MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Autores:
ESTEBAN GUAJARDO CRUZ, RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE, MORTE ROMERO ASUNCION, ARENAS MARTINEZ MIRIAN, FORCEN CASADO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente nefrológico (hemodializado)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de hemodialisis en un servicio cerrado donde los pacientes precisan cuidados enfermeros específicos. Cuando estos pacientes permanecen hospitalizados, existe un desconocimiento generalizado sobre su patologia y los cuidados enfermeros que precisan. Esto repercute negativamente en la atención del paciente y a veces incluso en su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0313

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Mejorar la comunicación con todos los servicios del hospital para dar a conocer y difundir estos cuidados enfermeros.
Dar a conocer el servicio de hemodiálisis al hospital y su funcionamiento en cuanto al personal de enfermería.

MÉTODO

- Elaboración de un folleto informativo - explicativo de todos los cuidados relacionadas con la alimentación, acceso vascular, controles analíticos y radiológicos, administración de fármacos y problemas psicosociales de estos pacientes.
- Reuniones programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto, resolver dudas y dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodiálisis. Estas reuniones se realizarán de forma que puedan asistir todos los turnos de enfermería.

INDICADORES

- Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospital.
- N° de sesiones formativas realizadas en el hospital.
- N° de asistentes a estas sesiones formativas.

DURACIÓN

- Primer trimestre 2018: elaboración del folleto informativo
- Segundo trimestre 2018: formateo y aprobación del documento por calidad asistencial e inicio de impartación de primeras sesiones en enfermería.
- Tercer trimestre 2018: Finalización del total de las sesiones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1417

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN

MORENO RUIZ MARTA

MANRESA OROZ NOEMI

GOMEZ HERNANDO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración conjunta por parte del personal de enfermería del servicio de endoscopias y FEAS de neumología de una hoja de recomendaciones de enfermería para la realización de broncoscopia y cuidados post-broncoscopia.

2. Difusión del nuevo documento al personal de la consulta de neumología.

3. Implementación del documento en la consulta de neumología.

4. Comprobación por parte del personal de enfermería de endoscopias de que el paciente que acude a realizarse broncoscopia ha recibido la información sobre la preparación y cuidados post-broncoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Pacientes que presentan complicaciones post-broncoscopia provocadas por la ingesta de sólidos o líquidos antes de dos horas: 0 %

- Número de broncoscopias suspendidas por mala preparación: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.

-La hoja de recomendaciones mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias la consulta de neumología y el paciente.

-La hoja de recomendaciones mejora la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1417 ===== ***

Nº de registro: 1417

Título

IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

Autores:

SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, MORENO RUIZ MARTA, MANRESA OROZ NOEMI, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1417

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

PROBLEMA

La broncoscopia requiere de una información previa para los pacientes ya que tienen que acudir acompañados, la prueba en sí requiere de sedación por lo que no pueden conducir ni abandonar la sala de endoscopias solos, ya que se pueden producir caídas por dicho efecto; al igual que con una preparación previa, como ayunas, no tomar anticoagulantes... para prevenir posibles broncoaspiraciones y sangrados. Si estas pautas no se cumplieran la prueba se anularía.

RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir el número de personas que acuden solos a la prueba o sin preparar por lo que se tiene que anular dicha prueba.

-Evitar complicaciones post- broncoscopia, como por ejemplo neumonías por aspiración porque el paciente ingiera dieta tras prueba sin esperar a finalizar el efecto de la anestesia.

MÉTODO

- Formación de grupo de trabajo.
- Recogida bibliográfica y reuniones de equipo.
- Elaboración de hoja de recomendaciones de enfermería al paciente que se le va a realizar una broncoscopia y cuidados post-broncoscopia.
- Difusión del procedimiento en el hospital.

INDICADORES

Numerador: Número de broncoscopias que se tienen que suspender por mala preparación (sin ayunas y sin acompañantes...).

Denominador: Número total de broncoscopias solicitadas.

Fuente: Agenda de broncoscopias.

Estándar: <5%

Numerador: Número de complicaciones post-broncoscopias.

Denominador: Número total de broncoscopias realizadas.

Fuente: Historia Clínica.

Estándar: 0%

DURACIÓN

Elaboración en el segundo trimestre.

Implantación en el tercer trimestre.

Evaluación en el cuarto 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 - 2016/0305

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARTA PALACIN LARROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANRESA OROZ NOEMI
SORIANO VELA RAQUEL
DE LA FLOR MARIN MARIO
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizaron tres talleres de formación para Enfermería y Auxiliares en primer trimestre de 2016. En dichos talleres se explicó la realización del test de disfagia, la adaptación de dietas según resultados y pautas de movilización de pacientes con ictus.
-Se adaptaron las dietas del hospital preexistentes, creándose, a parte de la dieta disfagia ya existente, dietas intermedias para pacientes que han mejorado su situación inicial. Segundo trimestre 2016
-Se elaboraron recomendaciones de enfermería para pacientes con disfagia ingresados y al alta (cuarto trimestre 2016)
-Actualización hojas de registro de enfermería para test de disfagia (test volumen-viscosidad). Segundo trimestre 2016
-Difusión de videos sobre cambios posturales y realización test volumen viscosidad (primer trimestre 2017)
-Realización poster cambios posturales para area de ictus (4º trimestre 2016)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las Unidades de Ictus son el mejor sistema asistencial que se puede ofrecer a los pacientes que sufren un ictus, con evidencia científica sobradamente demostrada (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Aportan una mejor situación funcional al alta, mayor grado de independencia, menor tiempo de hospitalización, disminución en el número de complicaciones de una forma coste/eficaz.
Uno de los requisitos imprescindibles de toda Unidad de Ictus y que la definen como tal, es la disposición de personal de "enfermería formada y entrenada en patología vascular cerebral y en número suficiente" (1 enfermera por cada 4-6 pacientes) para la aplicación de los protocolos médicos, conocimientos de principales complicaciones y detección de problemas con el conocimiento suficiente de las escalas específicas así como el plan de cuidados estandarizado de los pacientes.
Al ser ésta una estrategia fundamental en la atención al Ictus ya que se benefician el 80% de los pacientes con Ictus que ingresan en nuestros hospitales, la Comunidad Autónoma de Aragón estableció en su Plan de atención al Ictus en 2010 que todos los Sectores Sanitarios dispondrían de camas de ictus para atender a los pacientes en camas específicas, con protocolos de atención, cuidados, monitorización y enfermería entrenada para disminuir la morbimortalidad. En los hospitales terciarios serían UNIDADES DE ICTUS (con Neurólogo 24 horas), y en el resto de hospitales de Aragón serían ÁREAS DE ICTUS.
La formación que realizamos a la enfermería se mide en las auditorias bianuales sobre el tratamiento del ictus en todos los hospitales de aragon (aun no disponemos de los resultados de 2016) En la previa de 2014 se muestran los siguiente datos sobre movilización precoz y test de disfagia:
-Movilización precoz: tasa de cumplimiento 96.8%, siendo el global de la comunidad 76.8%
-Realización test de disfagia: tasa de cumplimiento 64.5 %, global de la comunidad 41.5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación para enfermería es vital para la atención de pacientes en unidades/áreas de ictus. El principal problema que nos enfrentamos es la alta movilidad del personal, lo que obliga a la realización de cursos y talleres de formación constantemente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/305 ===== ***

Nº de registro: 0305

Título
PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, MANRESA OROZ NOEMI, SORIANO VELA RAQUEL, DE LA FLOR MARIN MARIO, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0305

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con Ictus y disfagia
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Plan de Atención al Ictus de Aragón, incluye su difusión y la formación de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.
Tanto en la atención temprana de los síntomas, como en la vigilancia semi-intensiva en las primeras 48-72 horas y en la posterior recuperación, el papel de enfermería es clave para evitar complicaciones y facilitar una mejoría satisfactoria.
Por eso, se hace necesaria realizar un conjunto de actividades encaminadas a formar y a educar al personal de enfermería para mejorar la atención en los cuidados de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la atención al paciente con ictus y disfagia:

- Reforzar conocimientos sobre el Plan de Atención al Ictus del Sistema Aragonés de Salud a las enfermeras/os, tcas y celadores del Sector de Calatayud
- Dar a conocer los cuidados enfermeros propios del paciente con Ictus
- Manejo postural en el paciente hemipléjico. Manejo inicial de rehabilitación en el ictus en planta de hospitalización. 60 min.
- Dar a conocer la técnica de realización del test volumen viscosidad para disfagia. Adaptación de dietas.
- Disminuir la morbimortalidad

MÉTODO

- Realización de sesiones formativas dirigidas al personal de enfermería sobre atención al paciente con ictus y disfagia.
- Adaptación de las dietas del hospital para el paciente con Disfagia.
- Elaboración de recomendaciones de enfermería para el paciente con disfagia.
- Actualización de hojas de registro de enfermería para indicar la realización del test volumen/viscosidad y elaboración de algoritmo de realización.
- Difusión de videos sobre cambios posturales y realización del test volumen/viscosidad en la intranet del hospital.
- Realización de posters con cambios posturales para la unidad Ictus.

INDICADORES

- Realización de talleres de formación
- Existen todos los documentos nombrados y algunos de ellos actualizados.
- Difusión de tutoriales en la intranet del hospital.

DURACIÓN

- Realización de talleres de formación: 1er trimestre 2016
- Actualización de documentación: 2º trimestre 2016
- Adaptación de dietas para el paciente con disfagia: 3er trimestre 2016
- Elaboración de posters para unidad Ictus: 4º trimestre 2016
- Difusión de videos formativos en intranet: 1er trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA PALACIN LARROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
en seguimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
en seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
en seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/144 ===== ***

Nº de registro: 0144

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, HUICI POLO PATXI, LAMBAN IBOR ELENA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARCEN MIRAVETE ANA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.
La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestólogos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluç de Calatayud
Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

MÉTODO
Se propone:
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurología Vascul ar que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.

3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

INDICADORES

Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

DURACIÓN

1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurología Vascul ar que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y 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 - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA PALACIN LARROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN
HUICI POLO PATXI
LAMBAN IBOR ELENA
SERAL MORAL MARIA
MARCEN MIRAVETE ANA
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha realizado material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.

- Se ha colocado cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

- Se realizo sesion informativa a MI sobre tratamiento del ictus en las guardias en junio 2018, pero dada la rotacion y cambio de personal se postpuso la segunda sesion a 2019 una vez realizados los cambios de la OPE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mortalidad de ictus HELL 2018: pendientes de que nos pasen datos desde CMBD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la actualizacion del protocolo de atencion al ictus del hospital y nueva sesion a los medicos de MI

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/144 ===== ***

Nº de registro: 0144

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, HUICI POLO PATXI, LAMBAN IBOR ELENA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARCEN MIRAVETE ANA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.

La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestologos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD

continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluch de Calatayud

Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

MÉTODO

Se propone:

1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vasculard que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelera realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

INDICADORES

Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

DURACIÓN

1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vasculard que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelera realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y 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 - 2019/1406

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SERAL MORAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PALACIN LARROY MARTA
GARICANO GUALLARTE LOURDES BEGOÑA
GARCIA-MORATO MENDEZ ESTHER
GUTIERREZ LAZARO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto fue el de mejorar el rendimiento/eficiencia de la ecografía de la circulación cerebral extracraneal a través de su realización desde la Sección de Neurología, al permitir obtener una visión integral del enfermo con patología cerebrovascular, aunando la clínica del enfermo y la repercusión hemodinámica del evento acontecido, con el fin de establecer la etiología y administrar el tratamiento más adecuado y con la mayor celeridad posible.

En Abril de 2019 se instaló un ecógrafo en las Consultas de Neurología para la realización de los estudios de neurosonología. El hecho de contar con un aparato en nuestras consultas, independiente del Servicio de Radiología, ha permitido una gran flexibilidad, logrando maximizar su rendimiento, al adecuarlo a nuestros horarios y necesidades.

Desde Mayo de 2019, el estudio de la ecografía de troncos supraórticos se realiza, de forma rutinaria, desde la Sección de Neurología. Se realizan tanto los estudios de ictus de pacientes ambulatorios e ingresados, así como, los solicitados desde la sección de Cardiología como parte del estudio preoperatorio de la cirugía cardiaca.

La gestión de citas, limpieza y acondicionamiento del aparato, se realiza a través de las TCAE adscritas a la consulta de Neurología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número total de estudios realizados por la sección de Neurología desde Mayo a Octubre de 2019 (periodo de evaluación): 58.

En atención ambulatoria: se han realizado 29 estudios procedentes de Consultas Externas de Neurología y de Cardiología

- El 75% (22 estudios del total de 29), se han realizado el mismo día de la Consulta en la que se solicita el estudio, lo que supone evitar consultas sucesivas para valorar los resultados y evitar desplazamientos para el paciente.
- La demora media, en aquellos en los que no se pudo realizar el mismo día de la consulta (7 pacientes), ha sido de 6 días desde la fecha de solicitud a la de realización.
- No ha sido necesario remitir a ningún paciente al laboratorio de neurosonología de HCU Lozano Blesa, en este periodo de tiempo.

En atención al paciente hospitalizado: se han realizado un total de 29 estudios.

- De los 29 pacientes en los que se realizó estudio neurosonológico durante el periodo de evaluación, 5 ingresaron durante el fin de semana (viernes o sábado) y se han excluido del análisis. De los 24 restantes: en 19 de ellos (79%) se realizó el estudio de TSA en las primeras 24 horas
- 20 pacientes presentaron AIT/ictus menor: en 7 de ellos, se realizó el estudio de TSA durante la valoración en Urgencias, siendo dados de alta desde dicho servicio, sin necesidad de ingreso en área de ictus, es decir, 7 ingresos evitados. Los 13 pacientes restantes en los que procedía el ingreso hospitalario, la estancia media fue de 3,78 días.

Valoración de los indicadores propuestos

1. Disminución estancia media en AIT/Ictus menor respecto a periodo anterior (6 meses previos):
La estancia media en estos pacientes fue de 3,78 días. Mejoría respecto a valor previo: 5,6 días, en los 6 meses previos, en los que se realizaron 25 estudios (Noviembre-2018 a Abril-2019).
7 pacientes fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias, correspondiendo a ingresos evitados. Previamente a la transferencia de estos estudios, procedía su ingreso hospitalario, al no tratarse de una exploración urgente que se solicitara desde el Servicio de Urgencias.

2. Pacientes en los que se realiza el estudio en las primeras 24 horas
Estudios de TSA en las primeras 24 horas ? 79%. Objetivo propuesto > 70%.

3. Reducción del número de pacientes derivados para estudio hemodinámico a Consulta de Patología vascular cerebral de HCU Lozano Blesa
No se ha remitido a ningún paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1406

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Los datos para el análisis se han recogido a través del registro ictus de la Historia Clínica Electrónica y de la agenda de citaciones gestionada por el personal TCAE de la sección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de este proyecto ha supuesto un impacto significativo en la atención al paciente con ictus. Se ha mejorado su accesibilidad y se ha incluido en la práctica clínica habitual en la atención a estos pacientes.

El hecho de disponer de un ecógrafo, de uso por la propia sección, ha permitido una gran flexibilidad, permitiendo cumplir los objetivos propuestos, tal como ha quedado expuesto anteriormente y valorando los resultados del proyecto como positivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1406 ===== ***

Nº de registro: 1406

Título
TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SERAL MORAL MARIA, PALACIN LARROY MARTA, GARICANO GUALLARTE LOURDES BEGOÑA, GUTIERREZ LAZARO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El estudio vascular carotídeo e intracraneal mediante ecografía, es una herramienta diagnóstica rápida, de bajo coste y no invasiva, fundamental en la evaluación del ictus, con implicaciones a la hora de establecer la etiología y conocer la repercusión cerebral del evento vascular acontecido.

Dentro de la formación especializada en Neurología se adquieren las capacidades/habilidades, necesarias para la realización de estos estudios y en la mayoría de los Hospitales de nuestra comunidad, esta prestación corre a cargo de los Servicios de Neurología, de forma que, es posible realizar una evaluación integral de la circulación extra e intracerebral y en un plazo de tiempo breve, aumentando así el rendimiento diagnóstico y la eficiencia de la prueba.

En nuestro centro, actualmente, este estudio se realiza por parte del Servicio de Radiología. Dada la carga de trabajo del mismo y la organización en la gestión de las citas, más rígida que la que se podría ofrecer desde Neurología (al tener que asumir y gestionar diferentes pruebas de todas las especialidades), hace que la demora para el acceso a este estudio sea prolongada tanto para pacientes ambulatorios, como, especialmente, de pacientes ingresados, repercutiendo en una mayor estancia media.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto de mejora con la transferencia del estudio desde el Servicio de Radiología a la Sección de Neurología, son:

1. Mejorar el rendimiento/eficiencia de la Ecografía doppler para el estudio de la circulación cerebral extracraneal, al obtener una visión integral del enfermo con ictus, aunando la clínica del enfermo y la repercusión hemodinámica del evento acontecido, con el fin de establecer la etiología y administrar el tratamiento más adecuado y con la mayor celeridad posible.
2. Reducción de la demora para la realización del estudio carotídeo en el paciente ingresado. En el paciente hospitalizado permitiría reducir la estancia media, al conseguir manejar el AIT/Ictus minor en 24-48 horas mediante la autogestión de citas y reducir el número de ingresos al permitir altas directas desde el Servicio de Urgencias en aquellos pacientes de bajo riesgo de recurrencia o que acuden pasada la fase aguda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1406

1. TÍTULO

TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

3. Reducción de la demora para el acceso al estudio carotídeo en el paciente ambulatorio, con el fin de permitir dirigir al paciente hacia el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible y agilizar la resolución del problema de salud en las Consultas Externas de Neurología, disminuyendo así el número de citas necesarias.

MÉTODO

1. Realización del estudio ecográfico de troncos supraórticos por parte de la Sección de Neurología, tanto del paciente ingresado como del paciente hospitalizado.
2. Gestión de las citas de pacientes ingresados y ambulatorios por parte de las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería de la Consulta de Neurología.

INDICADORES

- Disminución de la estancia media en el paciente con Ictus minor/ AIT, desde la transferencia del estudio a la sección de Neurología, respecto al periodo anterior (últimos seis meses).
- Número de pacientes ingresados por ictus con estudio carotídeo en las primeras 24 horas (salvo pacientes que ingresan durante el fin de semana): 70%.
- Reducción del número de pacientes derivados para estudio hemodinámico a la Unidad de Patología cerebrovascular de HCU Lozano Blesa, respecto al periodo anterior.

DURACIÓN

Abril: Organización del horario y ubicación del ecógrafo para su uso. Gestión de citas.
Mayo-Octubre: Puesta en marcha de la realización del estudio de la circulación cerebral mediante Ecografía por parte de la Sección de Neurología
Noviembre-Diciembre: Análisis comparativo y valoración de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0109

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL MARTINEZ BENEDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO EN FORMATO PAPEL, CON INFORMACIÓN REGLADA, CONCISA Y ÚTIL PARA LOS PACIENTES QUE INGRESAN ADEMÁS ASPECTOS BÁSICOS MÁS RELEVANTES QUE QUE LOS USUARIOS DEBEN CONOCER DEL HOSPITAL. EL TRÍPTICO ESTARÁ DISPONIBLE EN LA HABITACIÓN DEL PACIENTE UNA VEZ PREPARADA PARA SU INGRESO. SE LE HA COMUNICADO A LAS RESPONSABLES DE CADA UNIDAD ESTA NUEVA ACCIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO DEL INDICADOR DEL PORCENTAJE DE N° DE NUEVOS USUARIOS SATISFECHOS POR EL N° DE NUEVOS USUARIOS INFORMADOS POR 100 HA SIDO DEL 100%. ESTE RESULTADO LO CORROBORA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA AL FINAL DE LA PROPUESTA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTE TRÍPTICO LES HA APORTADO TANTO AL PERSONAL SANITARIO COMO A LOS PACIENTES UNA MAYOR SEGURIDAD EN SU INGRESO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/109 ===== ***

Nº de registro: 0109

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ BENEDI ISABEL, ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente hospitalizado
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Relación con el usuario/paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, los usuarios que acuden a nuestra hospital tienen un conocimiento muy dispar sobre algunos aspectos del mismo, de tipo administrativo y de funcionamiento (por ejemplo: horario de comidas, normas sobre aseo personal e higiene, pase de visita médica, medidas de aislamiento, secretaría, alta médica....)
Hemos detectado que el desconocimiento de determinados aspectos concretos repercute negativamente tanto en la calidad de la atención percibida por los usuarios como en el propio funcionamiento diario de la unidad. La detección se ha llevado a cabo de forma directa a través de las propias sugerencias y quejas de los usuarios a través de los buzones de sugerencias y supervisoras de unidad.
Por todo ello se hace necesario la elaboración de un tríptico de información para el paciente hospitalizado.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0109

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Ofrecer una información reglada, concisa y útil a los pacientes que acuden a nuestra unidad por primera vez, así como secundariamente a aquellos que ya están en seguimiento, para mejorar tanto la calidad asistencial percibida por el usuario como el propio funcionamiento cotidiano de las unidades de hospitalización.

MÉTODO

Elaboración de un tríptico informativo que resume de forma escueta y sencilla los aspectos básicos más relevantes que deben conocer los usuarios del hospital. Este tríptico estará disponible en la habitación del paciente una vez preparada para su ingreso.

Todas las dudas aclaratorias al respecto serán resueltas por la supervisora de la Unidad.

INDICADORES

Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del formato del tríptico informativo: $(N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios satisfechos}^* / n^{\circ} \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$.

Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

DURACIÓN

Primer trimestre 2018: elaboración del tríptico informativo y encuesta de satisfacción.

Segundo y tercer trimestre 2018: aprobación e inicio de entrega del tríptico informativo a los nuevos pacientes hospitalizados.

Diciembre 2018: Valoración de resultados con las encuestas de satisfacción

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RE RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LORENA DURAN ALGAS
· Profesión MATRONA
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENES LANASPA JOSE JAVIER
EGEA GONZALEZ ELENA
PICOT CASTRO MIGUEL
FARRER VELAZQUEZ MANUEL
CAÑIZARES OLIVER SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualmente en nuestro hospital cuando una gestante esta en fase activa de parto el control del bienestar fetal se realiza mediante monitorización biofísica externa y/o interna.

La monitorización fetal pretende detectar precozmente la perdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbilidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.

En nuestro servicio dicha vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos).

Hasta abril de 2018 en nuestro hospital no se realizaba esta técnica por no ser costo-efectiva, ya que el mantenimiento de un gasómetro de uso exclusivo para nuestra unidad era demasiado elevado para nuestro volumen anual de partos. Pero gracias al esfuerzo conjunto de los jefes del servicio de Laboratorio (Dra. Esteve Alcalde) y del servicio de ginecología y obstetricia (Dr. Farrer Velázquez) y el personal de ambos servicios se ha podido compaginar el uso del gasómetro del servicio de laboratorio cuando se necesita realizar una toma de ph de calota como gold estándar para descartar falsos positivos ante un RCTG no tranquilizador. Esto nos muestra su equilibrio ácido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C). La toma de dicha micro toma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorrexis.

En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal desde Abril de 2018 hasta el momento, hemos dado un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio de ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica específica (contraindicaciones de la técnica).

Las intervenciones realizadas fueron:

Una primera reunión interdisciplinaria en Febrero de 2018 de los servicios de Laboratorio y Bloque obstétrico, a la que asistieron los jefes de servicio de ambas, las matrones y parte del personal TCAE del bloque obstétrico y parte del personal de laboratorio. Su duración fue de 2 horas en las cuales el servicio de laboratorio explico de manera teórico-práctica como manejar el gasómetro abl90 flex, como registrar las muestras adecuadamente en el mismo para asegurar su trazabilidad en el servicio de laboratorio y poder incluirlas posteriormente en la intranet del hospital. Además

de informar sobre los problemas más frecuentes del aparato y como resolver los mismos. Después se procedió a realizar varias determinaciones con sobrantes de muestras para adquirir las destrezas necesarias para el uso del aparato. Para terminar la sesión, se elaboró un video explicativo para recordar lo aprendido y fue enviado a todos los integrantes del equipo obstétrico además de ser guardado para su consulta en un ordenador del bloque obstétrico.

Posteriormente, se nos envió por correo electrónico el manual completo del gasómetro abl90 flex y se redactó unas instrucciones pormenorizadas (de uso interno en el bloque obstétrico) para el manejo del gasómetro las cuales fueron incluidas con todo el material necesario para realizar la microtoma de calota fetal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

También se acordó el circuito para solicitar su utilización al servicio de laboratorio, establecer su prioridad de uso, quien realizaría el traslado y como realizarlo, quien sería el responsable del análisis de la muestra y de la cumplimentación de las peticiones de laboratorio y el circuito para su devolución y limpieza.

Se obtuvo todo el material quirúrgico no desechable necesario para realizar la microtoma según la técnica de Saling (amioscopios, cuchillas de microtoma, lancetas porta cuchillas, pinzas de anillos, capilares heparinizados, tapones para capilares, hierros, imán además de una fuente de luz fría) y de varios equipos de prueba desechables.

Posteriormente se decidió que el registro de dicha actividad, al igual que los resultados obtenidos o las incidencias, se recogerían en el apartado de "observaciones" del libro de partos, en el cual se ha habilitado una parte específicamente para ello.

En febrero de 2019 se realizó otra reunión por parte de los matrones/as de la unidad para recordar el uso del gasómetro y se consensuó a principios de marzo de 2019 con la Dra. Esteve Alcalde, jefa de servicio de laboratorio que se adjuntaran las instrucciones reducidas de uso del gasómetro al aparato cada vez que este se trasladase al bloque obstétrico para su uso. Y a su vez se acordó, que el personal del bloque obstétrico podría ir al servicio de laboratorio para refrescar sus conocimientos sobre el uso del gasómetro si lo consideraban oportuno bajo la supervisión del personal de laboratorio.

Queda pendiente de realizar una sesión clínica informativa sobre la técnica y los resultados obtenidos desde su implantación (17 de Abril de 2019) en el salón de actos del hospital Ernest Lluch auspiciada por el departamento de calidad del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestra población diana han sido las embarazadas que han parido en nuestro servicio desde abril de 2018 hasta finales de Febrero de 2019. Un total de:

113 partos eutócicos

11 partos mediante kiwi

20 vacuum

3 parto mediante fórceps

22 cesáreas urgentes

19 cesáreas programadas

Durante ese tiempo se realizaron 8 microtomías de calota fetal a 4 gestantes en fase activa de parto. Sin estas determinaciones esas 4 gestantes hubieran finalizado su gestación mediante cesárea urgente, sin embargo y gracias a la determinación del ph de calota fetal, 2 de ellas acabaron en parto eutócico, otra de ellas acabó en un parto mediante vacuum tipo kiwi. Todas ellas obtuvieron resultados normales para el ph de arteria umbilical post-nacimiento. La cuarta

gestante terminó en parto por cesárea por imposibilidad de obtener un resultado pese a la extracción de la muestra, por lo que se realizó una segunda reunión del equipo de matronas para reforzar los conocimientos sobre el adecuado uso del gasómetro.

Tasa de partos con determinaciones de ph de calota entre todos los partos atendidos en dicho periodo: 2'127%

Tasa de cesáreas evitadas en partos en los que se realizó ph de calota por RCTG no tranquilizador que hubiera condicionado sin su realización una cesárea urgente: 75% de cesáreas evitadas.

Todos estos datos se obtuvieron del libro de partos, del apartado observaciones/ph calota fetal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valoró positivamente por parte del equipo obstétrico la posibilidad de la monitorización bioquímica fetal, aunque dado que afortunadamente es una técnica muy necesaria pero de escaso uso, el equipo obstétrico demandó

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

refrescar los conocimientos sobre el uso del gasómetro con periodicidad semestral/anual.

Dado que los recursos para su aplicación continuada en la practica obstétrica, no supone un cargo extra ni para la unidad ni para el hospital y todos los recursos necesarios para llevarla a cabo están disponibles en el hospital, esta técnica se seguirá ofertando a nuestra población diana de manera indefinida, pasando a ser recogidos los datos de la misma a partir de Abril de 2019 en el libro electrónico de partos (que se implantará a partir de esa fecha) a la par que en el convencional de papel, para su mejor uso estadístico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/607 ===== ***

Nº de registro: 0607

Título
PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

Autores:
DURAN ALGAS LORENA, MENES LANASPA JOSE JAVIER, EGEA GONZALEZ ELENA, PICOT CASTRO MIGUEL, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, GARCIA SIMON RAQUEL, CAÑIZARES OLIVER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Gestantes durante proceso de parto.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los años 60 la monitorización fetal creo la idea de que la tecnificación y el control del parto mejoraría los resultados neonatales. Las expectativas sobre el conocimiento exacto del estado fetal y la posibilidad de predecir los resultados, no se vieron cumplidas, por la dificultad en la interpretación de los registros cardiotocográficos fetales, ya que se realiza de forma subjetiva por los profesionales adecuados y aun así, existe una alta variación inter-observador en la interpretación del RCTG, coincidiendo solo en un 22% de los casos.

La monitorización fetal pretende detectar precozmente la pérdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbimortalidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.

La vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos). Esto nos mostrara su equilibrio acido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C). La toma de dicha microtoma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorrexis.

Este análisis tiene como fin, disminuir el porcentaje de falsos positivos de RPBF inherentes a los procedimientos de monitorización fetal, tratando de detectar precozmente la asfixia perinatal cuyas secuelas son muerte fetal, encefalopatía neonatal y parálisis cerebral y lograr un mejor resultado perinatal con el menor número de intervenciones posibles. Debemos aclarar que la existencia o no de un compromiso fetal, no siempre coincide con el estado neonatal, pero el uso conjunto de ambas técnicas reduce la incidencia de instrumentalización del parto por distrés fetal (en comparación con la monitorización sola) (RR 0,33 P=0,007) aunque sin diferencias en la tasa de cesáreas.

En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal, damos un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica específica. En las situaciones en las que el ph fetal no pueda realizarse, las decisiones obstétricas se tomarán en base a la gravedad de las alteraciones de la FCF, de otros datos acerca del estado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

fetal y de la situación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la variabilidad en la toma de decisiones durante el parto, con el consiguiente aumento de la calidad asistencial.
- Disminuir la tasa de cesáreas/ partos instrumentalizados innecesarios.
- Disminuir los RN nacidos con acidosis.
- Aumentar y mejorar la seguridad de madre y feto.
- Aumentar y mejorar la seguridad de los profesionales que asisten los partos.

MÉTODO

- Sesión del equipo (matronas, auxiliares y ginecólogos) para unificar criterios e información sobre el procedimiento.
- Base de datos donde se reflejen ph realizados, valores, tipo de parto, Apgar.
- Análisis Estadístico de los resultados obtenidos

INDICADORES

- % de partos con determinaciones de ph calota entre todos los partos atendidos.
- Tasa de cesáreas y de partos instrumentales en los partos con ph calota.
- Todos los partos se realizará un ph de arteria umbilical.

DURACIÓN

Inicio Junio 2018; Fin Mayo 2019

Cronograma:

- Reuniones Junio 2018.
- Elaborar planilla de recogida de datos Junio 2018.
- Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento Octubre 2018.
- Implantación del proceso Octubre 2018.
- Análisis de los datos recogidos y conclusiones Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER MENES LANASPA
· Profesión MATRONA
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALLEGO VELA SANTIAGO
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ
PICOT CASTRO MIGUEL
DURAN ALGAS LORENA
GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión/Sesión informativa equipo multidisciplinar en el que se establece la sistemática de trabajo. (octubre 2018)
Elección de lugares para el registro de datos (libro de partos y hojas de alta matrona) que sea una base de datos. (octubre 2018)
Inicio del método piel con piel y recogida de datos desde 1 enero 2019.
Revisión de los datos obtenidos en enero y febrero 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo 100% (standard 80%).
Porcentaje de inicio de lactancia materna en puerperio inmediato durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o lo desean 100% (standard 80%).
Porcentaje de lactancias exitosas al alta hospitalaria entre las lactancias iniciadas en el piel con piel 100% (standard mayor de 70%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que los objetivos o porcentajes de los indicadores son del 100%, hay que reseñar que sólo se han podido evaluar 2 meses de asistencia y que la muestra ha sido pequeña (30 partos), por lo que no nos podemos aventurar a extrapolar ninguna conclusión.
Habría que aumentar la muestra o esperar varios meses para tener una impresión mejor de los porcentajes de los indicadores. Como logro de este proyecto, todo el proceso va a quedar registrado y reflejado tanto en el libro de partos como en la hoja de alta hospitalaria de la matrona por lo que los datos son fácilmente extrapolables para un análisis estadístico mas exhaustivo y que nos lleve a conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/643 ===== ***

Nº de registro: 0643

Título
PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Autores:
MENES LANASPA JOSE JAVIER, GALLEGO VELA SANTIAGO, ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, MARTINEZ BENEDI ISABEL, PICOT CASTRO MIGUEL, DURAN ALGAS LORENA, EGEA GONZALEZ ELENA, GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

PROBLEMA

Los RN a término, aunque sean de bajo riesgo, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, a parte de una valoración cuidadosa de su estado general. Suele llevarse a cabo por las matronas en paritorio.

En diversas culturas los RN son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del RN. Con la tecnificación de la asistencia al parto, la mayoría de los niños que nacen en un hospital son separados de la madre o vestidos antes de entregárselos, estas rutinas pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y el RN.

En los últimos años se han producido cambios en la asistencia del RN sano, la evidencia científica recomienda el contacto piel con piel temprano, de forma ideal en el momento del nacimiento, colocando al RN desnudo, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, manteniendo caliente al RN (secando y cubriendo) con una manta o toallas/pañños, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre. Se recomienda evitar la separación de la madre y el RN dentro de la primera hora de vida y/o hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo la matrona (y auxiliar de enfermería) mantendrá una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible entre la madre y el RN con registro de signos vitales del RN.

Esta práctica, está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal, basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta antropométricas del RN pueden llevarse a cabo más tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto. La evidencia también nos indica que la mayoría de RN sanos a término, presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel con piel con succión se asocia a un inicio satisfactorio de la lactancia materna y a una mayor duración de la lactancia materna. La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.

El contacto directo piel con piel tiene grandes beneficios que aporta para ambos:

- Favorece el establecimiento del vínculo afectivo
- Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
- Mejora el control de la termorregulación del RN (previene hipotermia)
- Evita la hipoglucemia del RN
- Disminuye el distress respiratorio

Respecto a los cuidados generales del RN; pinzamiento del cordón umbilical, profilaxis ocular, administración de vitamina K intramuscular y recogida de huellas del RN pueden realizarse sin separar al RN de su madre. Las medidas antropométricas del RN pueden llevarse a cabo más tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto.

En nuestro servicio planteamos este proyecto de mejora de calidad asistencial al detectar variabilidad en la asistencia al RN sano en función de la persona que la lleva a cabo. Vemos una oportunidad de mejora, en la que no sólo participan diferentes profesionales (matronas, pediatras, auxiliares y enfermeras), sino que también colaboran diferentes servicios (Bloque Obstétrico y Unidad Materno-Infantil). Elaborando un protocolo/procedimiento unificado.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la variabilidad en la práctica diaria en el manejo del RN sano mediante la protocolarización de la asistencia. (aumento de la calidad asistencial).

Favorecer el vínculo afectivo madre-RN de forma temprana, interfiriendo lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina

Fomentar una Lactancia Materna exitosa.

Mejora del control termorregulación del RN (disminución del riesgo de hipotermia fetal)

Evitar hipoglucemias del RN

Disminuir distress respiratorio

MÉTODO

Taller/Sesión Clínica/ Reuniones equipo multidisciplinar, estableciendo un protocolo de actuación/guía...consensuado con los diversos servicios y profesionales implicados y adaptado a nuestro medio de trabajo.

Elaborar Planilla de recogida de datos y creación de una Base de datos

Revisión de datos obtenidos y análisis/evaluación

INDICADORES

Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo (>80%)

Porcentaje de inicio de Lactancias en puerperio inmediato: nº lactancias iniciadas durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o la desean (>80%)

Lactancias exitosas al alta: nº lactancias maternas al alta/ entre nº de contactos piel con piel o lactancias iniciadas en el piel con piel. (>70%)

DURACIÓN

Fecha de inicio Mayo 2018 y final Marzo 2019

Cronograma:

Charlas /Reuniones Mayo 2018

Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento 2018 Sept

Elaborar planilla de recogida de datos o Check list + base de datos Sept 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Implantación del proceso Sept 18
Análisis de los datos recogidos y valoración / conclusiones Marzo 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 - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA CAÑIZARES OLIVER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA COLERA DANIEL
GARCIA SIMON RAQUEL
PELLICER SORIA ANA MARIA
FRANCO SERRANO CARLOS
GIL LAFUENTE OSCAR
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
BERNAL ARAHAL TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un protocolo de actuación ante la pérdida fetal y duelo perinatal.
- Elaboración de un circuito asistencial ante el diagnóstico de muerte fetal intraútero.
- Adaptación de consentimientos y documentación a cumplimentar ante un caso de muerte fetal.
- Elaboración de un circuito para el envío de documentación y muestras recogidas durante el proceso, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Sesión Hospitalaria sobre Duelo perinatal con el objetivo de dar a conocer el problema y su situación actual, ofreciendo herramientas a los profesionales para manejar esta situación y mejorar así la calidad asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Proporcionar una visión global del problema a las diferentes especialidades médicas y enfermería.
- Formación a los profesionales involucrados a través de la sesión hospitalaria y los protocolos de actuación.
- Actuación uniforme siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, mejorando así la calidad asistencial.
- Detección PRECOZ de casos que requieren atención y posterior seguimiento en el centro de salud por parte del psiquiatra y psicólogo.
- Atención personalizada y humanizada a las pacientes y su entorno, por ejemplo, facilitando una habitación individual en el área Materno-Infantil, en una localización lo más alejada posible del resto de pacientes obstétricas.
- Actualización de la documentación y consentimientos a cumplimentar en estas situaciones.
- Agilizar el circuito asistencial así como el envío de muestras recogidas durante el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Aunque las pérdidas gestacionales suelen ser inusuales en nuestro medio, no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente.
- Se ha demostrado que la pérdida perinatal provoca un gran impacto emocional a los padres, familiares y a los profesionales que los atienden, por lo que resulta fundamental la formación para manejar estas situaciones ofreciendo así una atención uniforme, individualizada, humanizada y de calidad, evitando así actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que puedan dificultar el proceso de un duelo saludable a padres y familiares.
- Disponer de un protocolo de actuación y un circuito asistencial es primordial para unificar y facilitar la atención asistencial, permitiendo también la detección precoz de pacientes con riesgo de desarrollar un duelo patológico, ofertándoles medidas de apoyo tanto farmacológicas como psicológicas previas al alta y seguimiento en los Centros de Salud.
- Con respecto al tríptico informativo sobre duelo perinatal, que se pretendía repartir al alta a la paciente y sus familiares, queda pendiente finalizar su elaboración y aprobación por parte del Comité de Ética Asistencial.
- Con respecto a los cuestionarios para valorar la atención recibida, la idea inicial era distribuirlos en la consulta de revisión, pero por el momento no nos ha parecido adecuado debido al estado emocional de las pacientes. No obstante, subjetivamente percibimos una mejora notable en la atención ante estas situaciones.

Como conclusión, la puesta en marcha de este proyecto de calidad ha logrado mejorar la formación y actuación de los profesionales involucrados y, por lo tanto, la calidad asistencial a las pacientes y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/824 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Nº de registro: 0824

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Autores:
CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GIL LAFUENTE OSCAR, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, FRANCO SERRANO CARLOS, GARCIA SIMON RAQUEL, GRACIA COLERA DANIEL, PELLICER SORIA ANA MARIA, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Salud mental
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La pérdida gestacional provoca un gran impacto emocional para los padres, su entorno y para los profesionales involucrados en la atención, que pueden influir en los cuidados prestados. Dependiendo de las semanas de gestación, la frecuencia de presentación de la pérdida gestacional varía. Las pérdidas en el segundo y tercer trimestre suelen ser bastante inusuales, pero no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente para actuar con seguridad, calidad y uniformidad entre los diferentes miembros del servicio. El no tener un protocolo establecido para el manejo de las pérdidas gestacionales y el consecuente duelo perinatal conlleva que se actúe según el criterio del profesional responsable en ese momento. Los diferentes estudios al respecto ponen de manifiesto un déficit de recursos personales, como son las habilidades de comunicación, y falta de formación específica del duelo perinatal. Esto conlleva actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que dificultan el proceso de un duelo saludable a los padres y familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Con este proyecto pretendemos proporcionar herramientas para formar a los profesionales involucrados y actuar uniformemente siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.
- Proporcionar a las pacientes y sus familiares una asistencia personalizada y humanizada.
- Mediante un tríptico informativo, distribuido al alta, facilitar información y el contacto con grupos de apoyo
- Agilizar y mejorar la comunicación con matronas, psicólogos y psiquiatras del Centro de Salud.

MÉTODO

- Elaborar un protocolo de actuación ante la pérdida gestacional por trimestres y duelo perinatal.
- Elaboración de base de datos
- Establecer un circuito para enviar muestras recogidas durante el parto, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Reuniones/Seminarios/Sesiones clínicas periódicas hospitalarias y en Centros de Salud (incluyendo a médicos de atención primaria, ginecólogos, matronas, auxiliares de enfermería) para informar, unificar criterios y análisis de resultados de forma conjunta.
- Colaboración estrecha con servicio de psiquiatría y psicopatología del Centro de Salud.
- Proporcionar una atención personalizada a estas pacientes tomando las medidas oportunas para poder "identificar" y "aislar" a la paciente de las demás pacientes obstétricas del servicio.
- Proporcionar un tríptico informativo (sobre pérdida gestacional y duelo) a los padres al alta, para facilitar el seguimiento y el proceso del duelo adjuntando información de contacto de asociaciones especializadas en dicho tema.
- Realizar estudio de pruebas complementarias, si procede, en la visita post-alta.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo específico en el servicio de ginecología y obstetricia
- Valoración del nivel de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en el proceso a modo de cuestionario.
- Valoración de la atención recibida por parte de los padres mediante un cuestionario en la consulta de revisión.

DURACIÓN

INICIO DEL PROYECTO: JUNIO 2018
- Elaboración del protocolo: Inicio en JUNIO 2018
- Sesiones hospitalarias y en Centros de Salud para difundir dicho protocolo y mejorar la comunicación entre las diferentes especialidades: Inicio SEPTIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FARRER VELAZQUEZ MANUEL
GARCIA SIMON RAQUEL
PELLICER SORIA ANA MARIA
GIL LAFUENTE OSCAR
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
GRACIA COLERA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se convocó y celebró una reunión en el mes de septiembre con matronas de Atención Primaria y especialistas de nuestro servicio en el Hospital.
2. En ella se estableció el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la cartilla del embarazo.
3. Se acordó que la primera visita de captación se realizara por la matrona de Atención Primaria de tal forma que la anamnesis inicial fuera realizada por ella. Y los formularios de seguimiento se utilizaran en las visitas sucesivas tanto por matrona, como por obstetra.
4. Se realizó formación del funcionamiento de la Cartilla de embarazo electrónico. Y se elaboró un pdf. que se remitió a los correos electrónicos del personal con las instrucciones de cómo utilizar la historia clínica electrónica.
5. Se entrega en cada consulta una copia impresa en papel a la paciente, de tal forma que si la gestante se encuentra en otra comunidad o centro en el que no se disponga de intranet, se pueda obtener toda la información obstétrica hasta la fecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la implicación de todo el personal sanitario que asiste a la mujer gestante. Tanto matronas de Atención Primaria como especialistas obstetras están llevando a cabo la historia clínica electrónica. La puesta en marcha se llevó a cabo en octubre. Y se inició con las primeras visitas. Posteriormente en las sucesivas visitas se siguió completando la HCE en el formulario de seguimiento. Al haber iniciado la HCE en octubre, todavía no hay pacientes con todas las visitas introducidas en la HCE. Pero se prevé que en el mes de junio, todas las embarazadas tengan de forma exclusiva su cartilla de embarazo electrónica. Para ello la primera visita de captación es realizada por la matrona de Atención Primaria y se realiza una anamnesis completa. De esta forma cuando la paciente llega a la Consulta de Obstetricia, ya tiene la Cartilla de embarazo electrónica abierta. Posteriormente el especialista y la matrona en cada visita realizan un nuevo formulario de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implicación y coordinación tanto de atención primaria como especializada en el seguimiento de la mujer gestante es imprescindible para un buen manejo de la misma. La realización de una HCE evita los problemas derivados del soporte en papel: desorden, falta de uniformidad, ilegibilidad, disponibilidad lenta, confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información... La cartilla de embarazo permite la interoperabilidad entre los distintos profesionales que asisten a la paciente embarazada. Además en los casos de traslado de la paciente a otro centro por indicación médica o por traslado de la paciente a otra comunidad por razones personales, permite obtener la historia clínica del embarazo de manera sencilla y rápida, sin tener que hacer el trámite que se realizaba a través de Atención al Paciente.

7. OBSERVACIONES.

La demora en la puesta en marcha del proyecto ha hecho que se retrase el calendario previsto. Por lo que en junio de 2019 se prevé que se alcance el objetivo principal: Informatizar la historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1544 ===== ***

Nº de registro: 1544

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
FRANCO SERRANO CARLOS, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, GARCIA SIMON RAQUEL, PELLICER SORIA ANA MARIA, GIL LAFUENTE OSCAR, CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, GRACIA COLERA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

De todos es conocidos los problemas que plantea el soporte en papel de la Historia Clínica: desorden y falta de uniformidad en los documentos, ilegibilidad, disponibilidad lenta y rígida, una confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información...
Por todo ello, se busca la unificación de la historia clínica en soporte electrónico con el fin de resolver los problemas anteriormente descritos y garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica para la atención sanitaria correcta.

La atención de la paciente gestante está encaminada a vigilar la evolución del proceso de gestación, de forma que sea posible prevenir factores de riesgo que puedan desencadenar complicaciones en el embarazo, aunque en ocasiones surge patología tanto materna como fetal, con la derivación a otros centros hospitalarios de referencia o que implican seguir conductas específicas durante el control prenatal y la asistencia del parto. Debido a que se trata de un proceso multidisciplinar, en ocasiones en distintos centros sanitarios e incluso en diferentes comunidades autónomas y países (migración, traslados de viviendas, periodos vacacionales) se propone la unificación de la historia clínica obstétrica en la Comunidad Autónoma.

En 2016 se elaboró un formulario específico en la HCE denominado "Cartilla de embarazo". Formulario que algunos sectores de la comunidad han ido incorporando a su método de trabajo habitual en la consulta de Obstetricia, pero que en nuestro sector no se ha formalizado. Es por lo que se elabora este proyecto para incorporar la HCE en la Consulta de Obstetricia en nuestro día a día.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:

- Informatizar la Historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector de Calatayud.

Objetivos secundarios:

- Implicación de todo el personal sanitario (Matronas de Atención Primaria y Atención Especializada) en el proyecto.
- Establecer el circuito asistencial entre Atención Primaria y Especializada.
- Posibilidad de interoperabilidad entre los distintos centros hospitalarios de la Comunidad, con especial mención a aquellas pacientes que se canalizan al Hospital de referencia.

MÉTODO

1. Convocatoria y celebración de una reunión con matronas de Atención Primaria y Especialistas de nuestro Servicio para presentación de Proyecto.
2. Establecer el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la historia clínica.
 - Captación e inicio de la Cartilla del embarazo electrónica por matrona de Atención Primaria.
 - Seguimiento de la HCE por el especialista en las próximas visitas en la Consulta de Obstetricia.
3. Formación de personal sanitario que asiste a la embarazada en el funcionamiento de la HCE.
4. Entregar a la gestante una cartilla de embarazo actualizada en cada Consulta. De tal forma que la paciente disponga de toda la información del embarazo actual en caso de necesitarla en cualquier otra comunidad autónoma o incluso en cualquier otro país.

INDICADORES

Número de pacientes con primera visita electrónica.
Tasa de pacientes con HCE completa al finalizar el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

DURACIÓN

El programa se plantea por un periodo de un año, tras el cual se debe haber conseguido el objetivo principal del proyecto.

Inicio del proyecto: Julio 2018.

- Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios y remisión a través del correo corporativo. Inicio en Julio de 2018.

- Sesión hospitalaria y con Atención Primaria para formación relacionado con el funcionamiento de la HCE y establecer circuito asistencial. Septiembre de 2018

- Aplicación de la HCE en todas las primeras visitas. Septiembre de 2018.

- Finalización de Proyecto y análisis de los datos. Junio de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0565

1. TÍTULO

INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE DANIEL GRACIA COLERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAÑIZARES OLIVER SILVIA
MENES LANASPA JAVIER
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
EGEA MERCEDES ELENA
PICOT CASTRO MIGUEL
SALVADOR ARROYO ESTEFANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Identificación y selección de una población diana de con riesgo de desarrollo de la enfermedad de Chagas : Gestante procedentes de países endémicos, o que habiendo nacido en nuestro país son hijas de madres de este origen, y gestantes que han permanecido en estos países por un tiempo prolongado.

Inclusión del test de cribado de enfermedad de Chagas en la analítica de primer trimestre del embarazo (o consulta preconcepcional), en las embarazadas pertenecientes dichos grupos de riesgo (que descritos serían los siguientes):

- Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)
- Madre de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), aunque la madre haya nacido aquí.
- Estancia en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe) por tiempo prolongado (=1 mes), si bien se debe tener en cuenta el área geográfica (rural o urbana).

Diagnóstico precoz de la infección congénita, ya que el tratamiento es muy eficaz si se trata precozmente, además de ser tolerado en niños pequeños, mejor incluso que en niños pequeños y adultos.

Como beneficio adicional la detección y tratamiento de casos familiares en niños asintomáticos.

Someter la enfermedad a control epidemiológico, ya que en España todavía no hay implantada una estrategia a nivel nacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de desarrollo del programa de calidad se ha implementado íntegramente el cribado de la enfermedad de Chagas para gestantes en el primer trimestre de gestación (cribado totalmente innovador en este sector de salud). Se incluyen todas las embarazadas con los criterios de inclusión anteriormente citados. Ha sido necesaria la colaboración multidisciplinar con atención primaria (matronas, médicos de atención primaria, ..) para la formación en la identificación de población diana y selección de dicha población para cribado de enfermedad de Chagas en el primer trimestre. Así mismo, cabe destacar la colaboración del servicio de serología del laboratorio del Hospital Ernest Lluch de Calatayud en la inclusión del test de cribado de la enfermedad de Chagas en el primer trimestre de gestación.

Número de pacientes seleccionadas como población diana y a las que va dirigidas el cribado, número de casos detectados y tratados: Durante dicho periodo de desarrollo del programa se han identificado 14 casos de riesgo de enfermedad de Chagas entre una población total de 209 gestantes lo que supone una población diana cercana al 7% (6,69%) en todos ellos se ha realizado el cribado de primer trimestre para enfermedad de chagas y en todos ellos ha resultado negativo, por lo que tenemos una implantación del 100%.

Número de casos detectados y tratados: Afortunadamente en el periodo del 2019 no se han diagnosticado casos de enfermedad de Chagas en el sector sanitario de Calatayud.

Número de casos detectados entre familiares: Ninguno

Tasa de falsos positivos y negativos en las pruebas de laboratorio: Nuestro caso en concreto de la enfermedad de Chagas no es de fácil valoración puesto que al no haberse detectado casos positivos en las pruebas serológicas la tasa de falsos positivos y negativos no puede ser valorable. Aún así en el momento de la fase aguda de la enfermedad el diagnóstico serológico es relativamente sencillo puesto que la positividad y la multitud de técnicas serológicas hacen que esta sea muy marcada y por lo tanto la tasa de falsos positivos y negativos muy baja.

El diagnóstico serológico en la enfermedad de Chagas se basa en la determinación de inmunoglobulinas específicas de la clase G totales (IgG), aunque otras inmunoglobulinas como las IgM pueden ser detectadas en fase aguda. La multitud de tests validados para detección de estas IgG también hacen que todos ellos tengan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0565

1. TÍTULO

INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

una alta sensibilidad y especificidad. En concreto en estos test serológicos es de : Sensibilidad (85%), especificidad (98%) valor predictivo positivo (92%) y valor predictivo negativo (95%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado serológico de la embarazada es factible dentro del SNS no solo como vía de prevención secundaria en el Chagas o primaria en otras enfermedades de transmisión vertical si no como indicador de la situación epidemiológica de una enfermedad emergente a nivel nacional como esta. Si bien sabemos que en el área concreta de Calatayud no tiene especial prevalencia si sabemos que debido a las condiciones socio-epidemiológicas puede ser una enfermedad emergente como se muestra en las tendencias de todo el territorio nacional. Puede ser de utilidad haber empezado el que probablemente es el primer registro de detección de posibles casos de enfermedad de Chagas en Aragón para identificación precoz de infecciones congénitas.

En pocas situaciones se puede optimizar más los recursos que en este caso puesto que con la misma extracción serológica de cribado de primer trimestre (misma cita, mismo volante serológico, mismo material de extracción y recursos humanos profesionales) se puede implementar la detección de una enfermedad evitable y tratable, no solo para el recién nacido, sino para la madre y los supuestos casos familiares.

Por todo esto según los resultados de nuestro proyecto se RECOMIENDA la implementación del cribado de enfermedad de Chagas en primer trimestre de la gestación para las mujeres seleccionadas como población diana.

7. OBSERVACIONES.

Recalcar que si bien la enfermedad de Chagas no es un problema de salud prevalente, si se ha convertido en una enfermedad emergente por el aumento de la inmigración procedente de áreas endémicas, pudiendo llegar a constituir un problema de salud pública debido a las vías de transmisión vertical y por transfusión sanguínea.

Es preciso continuar con un seguimiento de detección de nuevos casos para registrar mejores índices de prevalencia, incidencia de la enfermedad y validez de las pruebas diagnósticas.

Todas las sociedades científicas recomiendan el estudio a estas mujeres embarazadas incluidas en la población diana.

Agradecimientos en especial a los profesionales sanitarios de atención primaria que han ayudado a implementar el cribado del Chagas en la batería de primer día del embarazo con las pruebas serológicas (matronas, médicos de atención primaria) y al servicio de laboratorio.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/565 ===== ***

Nº de registro: 0565

Título
INTRODUCCION DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

Autores:
GRACIA COLERA DANIEL, CAÑIZARES OLIVER SILVIA, MENES LANASPA JAVIER, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, ELENA EGEA MERCEDES, PICOT CASTRO MIGUEL, PINTOS RODRIGUEZ ANA, SALVADOR ARROYO ESTEFANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Enfermedad de Chagas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad de Chagas es provocada por el parásito *Tripanosoma cruzi*. Se propaga por la picadura de los insectos reduvidos, o triatominos (chinches) y es uno de los mayores problemas de salud en Sudamérica. Debido a la inmigración, la enfermedad también afecta a personas en España.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0565

1. TÍTULO

INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

La transmisión de la enfermedad madre-hijo durante el embarazo es una forma de transmisión muy importante. Puede ocurrir en cualquier momento de la infección y en cualquier momento del embarazo.

Cualquier mujer nacida en los países afectados o nacida en otra zona del mundo pero hija de una mujer nacida en los países afectados puede portar la infección sin tener síntomas. Y puede transmitirla durante el embarazo a su hijo. Lo más relevante de su cribado es que se puede detectar, tratar y curar al recién nacido si la ha contraído.

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar y seleccionar una población diana: Gestante procedentes de países endémicos, o que habiendo nacido en nuestro país son hijas de madres de este origen, y gestantes que han permanecido en estos países por un tiempo prolongado.

Diagnóstico precoz de la infección congénita, ya que el tratamiento es muy eficaz si se trata precozmente, además de ser tolerado en niños pequeños, mejor incluso que en niños pequeños y adultos.

Como beneficio adicional la detección y tratamiento de casos familiares en niños asintomáticos.

Someter la enfermedad a control epidemiológico, ya que en España todavía no hay implantada una estrategia a nivel nacional.

MÉTODO

1.- Incluir el test de cribado de enfermedad de Chagas en la analítica de primer trimestre del embarazo (o consulta preconcepcional), en las embarazadas pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo:

* Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)

* Madre de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), aunque la madre haya nacido aquí.

* Estancia en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe) por tiempo prolongado (=1 mes), si bien se debe tener en cuenta el área geográfica (rural o urbana).

2.- Asegurar que en la anamnesis a todas las mujeres embarazadas que acuden para el control de embarazo se identifican los factores epidemiológicos citados con abjeto de hacer la oferta de cribado a las gestantes incluidas en la población diana.

3.- Investigar los factores epidemiológicos en el momento del parto o postparto a aquellas mujeres pertenecientes a la población diana a las que no se les haya ofrecido la prueba.

4.- Tratamiento precoz del recién nacido.

INDICADORES

Número de pacientes seleccionadas como población diana y a las que va dirigidas el cribado, número de casos detectados y tratados. Tasa de falsos positivos y negativos en las pruebas de laboratorio. Número de casos detectados entre familiares.

DURACIÓN

Recientemente se ha procedido a la solicitud propia de cada facultativo al cribado serológico de la Enfermedad de Chagas a principios de 2019. Implementación del cribado serológico de Chagas de manera homogénea y ajustada a la población diana por parte de todos los facultativos del servicio a partir de Abril de 2019. Información y ampliación de la solicitud de la prueba a los profesionales sanitarios que soliciten la batería de primer día del embarazo con las pruebas serológicas desde atención primaria (matronas, médicos de atención primaria).

El equipo se reunirá con el servicio de pediatría para poner en conocimiento los casos de detección precoz de Chagas para su posterior tratamiento precoz después del parto y elaboración de un programa de identificación de casos familiares.

Recogida de datos epidemiológicos a finales de 2019 para elaboración de un primer documento epidemiológico de la enfermedad de chagas en el área sanitaria de Calatayud.

OBSERVACIONES

Recalcar que si bien la enfermedad de Chagas no es un problema de salud prevalente, si se ha convertido en una enfermedad emergente por el aumento de la inmigración procedente de áreas endémicas, pudiendo llegar a constituir un problema de salud pública debido a las vías de transmisión vertical y por transfusión sanguínea.

Todas las sociedades científicas recomiendan el estudio a estas mujeres embarazadas incluidas en la población diana.

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 - 2019/0565

1. TÍTULO

INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA DURAN ALGAS
· Profesión MATRONA
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENES LANASPA JAVIER
EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES
PICOT CASTRO MIGUEL
PINTOS RODRIGUEZ ANA
GARCIA SIMON RAQUEL
MARTINEZ ESTERAS PAULA
CARNICERO GIMENO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto se llevo a cabo una primera reunión en el bloque obstétrico con los miembros del equipo de nuestro hospital (ginecólogos/as y matrones/as) el día 8 de febrero de 2019, en la que se informó sobre la finalidad de este proyecto de mejora, que no es otra que la obtención de un registro informatizado del libro de partos estructurado, fiable, totalmente legible y con unos datos a recoger estandarizados para poder clasificar a nuestra población diana (gestantes que han dado a luz en el HELL durante el 2019) según los criterios de Robson (u otros criterios). Todo ello motivado por una tasa de cesáreas alta. Los criterios de Robson son los recomendados por la OMS para analizar la tasa de cesáreas, justificar las existentes e intentar reducir las mismas. Nuestro proyecto cuenta con el respaldo del jefe del servicio de ginecología y obstetricia.

Se acordó que dicho registro recogería algunos datos que hasta ahora no eran recogidos en el libro de partos tradicional. Para poder analizar los partos según los criterios de Robson son imprescindibles los siguientes ítems: presentación fetal en el momento del parto, multiplicidad (embarazo simple/múltiple), edad gestacional, modo de inicio del parto (espontaneo, inducido o programado), paridad y número de cesáreas previas. Para poder analizar otros pormenores se consideró de interés recoger el motivo de inducción, el consentimiento o no del parto vaginal tras una primera cesárea previa, el ofrecimiento, aceptación y/o denegación y éxito o fracaso de una versión cefálica externa (VCE) durante el embarazo en caso de presentación no cefálica persistente en 3º trimestre y por último, la realización o no de ph de calota fetal intraparto en caso de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RBBF).

Durante la 2ª quincena de Febrero y los meses de Marzo y Abril, empezamos a diseñar un programa informático con la aplicación File Maker 15 Pro, con la inestimable ayuda del Dr Farrer como programador informático (también ha cedido altruistamente las licencias de dicha aplicación para poder llevar a cabo este proyecto con coste 0). Dada la dificultad para recabar algunos datos, como los relativos a la VCE en el momento del parto (ya que conviven actualmente la historia clínica electrónica y la tradicional en papel) y dado que tenemos otro proyecto de mejora en marcha en 2019, que es el de la aplicación de la calculadora gestacional y gestión obstétrica 3.0 en el hospital Ernest Lluch, optamos por que todos los datos generados respecto a la VCE fueran introducidos durante la consulta de obstetricia en el programa de la calculadora gestacional y como dicha aplicación, también esta generada con File Maker 15 Pro, pueden compartir información entre ambas aplicaciones, quedando automáticamente reflejados en el libro de partos electrónico cuando se genere un archivo con los mismos datos de filiación/episodio de embarazo.

Nuestra 2ª reunión con el equipo obstétrico fue en Mayo de 2019, fueron encuentros individuales, en los que el Dr. Farrer fue enseñando uno a uno el programa para que hicieran aportaciones y/o correcciones al mismo. Y al final de estos encuentros, se llegó a un consenso por mayoría según las aportaciones y se modificó el prototipo en Junio de 2019.

Posteriormente, se instaló una versión de prueba con usuario y contraseña en un ordenador de la unidad, para ir valorando in situ la facilidad de uso y la fiabilidad del auto Robson del programa y según los fallos encontrados, se fue modificando la aplicación en Julio y Agosto. Durante todo el tiempo de demora sobre nuestro cronograma inicial, se recogían manualmente los datos necesarios para su posterior introducción en la aplicación cuando estuviese terminada.

Desde Septiembre de 2019, se han ido generando archivos en dicha aplicación por parte de los integrantes de este proyecto de mejora, para generar la estadística de todo el 2019, no solo del 2º al 4º trimestre como propusimos inicialmente en nuestro proyecto, para así poder sacar conclusiones más acertadas sobre nuestra tasa de cesáreas, ya que nuestra población diana es muy pequeña.

Por último, cabe destacar, que la última reunión para informar del uso generalizado de nuestra aplicación ha sido el 29 de Enero de 2020 en la biblioteca del HELL, a la cual asistieron los miembros del equipo obstétrico del hospital (ginecólogos/as, matrones/as, la supervisora del bloque obstétrico y enfermeros/as de las consultas de ginecología y de obstetricia), miembros del servicio de informática, la responsable de calidad del hospital, además de nuestro director médico y nuestra directora y subdirectora de enfermería.

En dicha reunión, hemos explicado como utilizar la aplicación informática (aunque dentro de la misma hay

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

notas informativas, para aclarar conceptos y unificar los criterios a la hora de recoger la información y así aumentar la homogeneidad de los registros y por tanto su calidad). Durante esta misma reunión, también se presentó la versión definitiva de la calculadora electrónica del embarazo, dado que ambos serán de uso general en nuestro servicio a partir del 1 de febrero de 2020. También se presentó la actualización del programa informático de fichas_gine .

El uso y pertinencia de estos programas interrelacionados (libro de partos y calculadora gestacional) se realizó mediante una presentación en PowerPoint, además de otros medios audiovisuales para poder interactuar con la interfaz de ambos programas, resolver dudas in situ e informar de como se va a salvaguardar la privacidad y el acceso a la aplicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro principal logro es una herramienta que permite clasificar todas nuestras parturientas según criterios de Robson, entre otros, lo cual nos ayudara a comprender apreciaciones útiles sobre la calidad de la recopilación de datos, el tipo de población atendida por el hospital, la tasa de cesárea de cada grupo y la medida en la que cada uno de los 10 grupos contribuye a la tasa global de cesáreas en nuestro entorno, así como sobre la filosofía general de la atención prestada en nuestra maternidad.

También permite comparar nuestros resultados con los esperados según los informes tabulares realizados por la OMS en un estudio transversal (2010-2011) llevado a cabo en 359 establecimientos de salud en 29 países con mas de 314000 mujeres en el.

El impacto de nuestro proyecto es reflejar estadísticamente el % de cesáreas no evitables en nuestro establecimiento y los indicadores a utilizar serian el % que representan los grupos 5.b y 6, 7 y 9, con respecto al total de cesárea, dado que según las recomendaciones de las sociedades científicas de ginecología y obstetricia actuales, recomiendan en dichos grupos el uso de la cesárea electiva como primera opción de parto. Además de recoger el % de denegación al parto vaginal tras cesárea dentro del grupo 5 a.

Los datos han sido obtenidos de la historia clínica electrónica y en papel de las pacientes durante la atención a su proceso de parto. Los relativos a la VCE han sido obtenidos de la aplicación de la calculadora gestacional tras la atención a la gestante en la consulta de obstetricia.

Como beneficios adicionales hemos obtenido la intercomunicación de datos entre otras aplicaciones ya existentes en nuestro servicio desde hace años (informe altas de matrona y el informe de altas médicas). Dichos programas fueron diseñadas con FileMaker 12 Pro y han sido remodelados para facilitar su uso y evitar tener que reintroducir una y otra vez los mismos datos en las distintas aplicaciones, por lo que optimiza el tiempo del personal dedicado a labores administrativas, para poder dedicarlo a la tarea asistencial o a la cumplimentación adicional de estos nuevos programas.

Nuestra estadística obstétrica para 2019 fue:

Atendimos a 212 mujeres durante su trabajo de parto, de las cuales 122 tuvieron un parto vaginal en cefálica (57,55%), 56 a través de un parto por cesárea (26,42%), 30 mediante un parto con ventosa (14,15%) y 4 tras parto con fórceps (1,89%).

Distribución de las mujeres atendidas en nuestra maternidad en 2019 según criterios de Robson:

Grupo 1 Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontanea (47 mujeres, 22.17% del total de partos de 2019)

Grupo 2a Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han sido sometidas a inducción (35 mujeres, 16.51% del total de partos)

Grupo 2b Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo que han sido sometidas cesárea antes del inicio del parto (2 mujeres, 0.94%)

Grupo 3 Multíparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontanea (71 mujeres, 33.49%)

Grupo 4a Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han sido sometidas a inducción (20 mujeres, 9.43%)

Grupo 5a Multíparas con una cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo (21 mujeres, 9.91%)

Grupo 5b Multíparas con 2 o mas cesáreas previas, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo (1 mujer, 0.47%)

Grupo 6 Nulíparas con un feto único en presentación podálica (5 mujeres, 2.36%)

Grupo 7 Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con una cesárea previa (4 mujeres, 1,89%)

Grupo 8 Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con una cesárea previa (3 mujeres,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

1.42%)

Grupo 9 Todas las mujeres con un feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa (1 mujer, 0.47%)

Grupo 10 Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa (2 mujeres, 0.94%)

No hemos mencionado el grupo 4b por no haber ninguna mujer de las atendidas en nuestra maternidad clasificada en dicha categoría.

Nuestro informe tabular de Robson para la contribución de cada grupo a la tasa de cesáreas:

Cesárea Programada:

Grupo 2b Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas cesárea antes del inicio del parto (2 mujeres, 3.57% el total de cesáreas)

Grupo 5a Multíparas con una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. (25,00% del total de cesáreas, 14 mujeres)

Grupo 5b Multíparas con dos o más cesáreas previas, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)

Grupo 6 Nulíparas con un feto único en presentación podálica. (3,57% del total de cesáreas, 2 mujeres)

Grupo 7 Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)

Grupo 8 Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)

Cesárea Urgente:

Grupo 1 Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. (8,93% del total de cesáreas, 5 mujeres)

Grupo 2a Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción. (23,21% del total de cesáreas, 13 mujeres)

Grupo 3 Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)

Grupo 4a Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción. (3,57% del total de cesáreas, 2 mujeres)

Grupo 5a Multíparas con una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)

Grupo 6 Nulíparas con un feto único en presentación podálica. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)

Grupo 7 Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)

Grupo 8 Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)

Grupo 9 Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)

Grupo 10 Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)

Tasa de inducciones y resultado final: En 2019 atendimos a 212 mujeres durante su parto, de las cuales 61 fueron inducidas por diversos motivos médicos (28,77% del total de partos), de las cuales 32 acabaron en un parto vaginal (52,46% de las inducciones /15.09% del total de partos), 18 en una cesárea urgente (29,51% / 8,49%), 10 en una ventosa (16,39% / 4,71%) y 1 en un fórceps (1,64% / 0,47%).

Tasa de denegación al parto tras cesárea previa: En 2019 atendimos a 23 mujeres con una o mas cesáreas anteriores de las cuales 12 no consintió el parto tras cesárea (5,66% total de partos de 2019), 5 mujeres consintieron pero no iniciaron el parto de forma espontánea por lo que acabaron en una cesárea por dicho motivo y malas condiciones obstétricas (2,36%), 4 de ellas consintieron y acabaron en un parto vaginal (1,89%) y a 2 no se les ofreció la posibilidad de un parto tras cesárea por estar contraindicado (1 por presentación podálica+CIR+oligoamnios+prematuridad (0,47%) y 1 mujer por presentar 2 cesáreas anteriores (0,47%)).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Tasa de Versión Cefálica Externa: Durante 2019 atendimos a 9 presentaciones no cefálicas persistentes en 3º trimestre (4,24% del total de partos atendidos). De las cuales a 8 de ellas se les ofreció una VCE, 4 de ellas no consintieron (1,89%), 4 de ellas consintieron (1,89%) de las cuales 3 de ellas fueron realizadas (0,94% de forma no exitosa, 0,47% de forma exitosa) y 1 de ellas no se llegó a realizar por inicio de parto espontáneo antes de las 37sg, fecha a partir de la cual se recomienda la realización de la VCE. Así que la vía de parto para 8 de ellas fue una cesárea urgente (2,83% del total de partos atendidos) o programada (0,94%) y 1 de ellas acabo en parto vaginal (0,47%).

Tasa de ph calota fetal y tipo de parto tras la misma; Durante este año realizamos 4 ph de calota fetal por RPBf(1,89%) en el 100% de los casos dió un resultado que permitió continuar con el parto, evitando una cesárea urgente por RPBf. El 75% de los mismos acabaron en parto vaginal (1,45%) y el 25% en cesárea por no progresión del parto (0,47%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora respecto a las actividades realizadas para conseguir los objetivos no puede ser mas satisfactoria, es cierto que pese a llevar una gran demora respecto a nuestro cronograma inicial, hemos desarrollado una herramienta global para el registro de datos mas homogéneos, con los que mejorar la calidad de nuestra asistencia al parto mediante el análisis estadístico de los datos obtenidos. Además de ser una aplicación interdependiente con la aplicación de la calculadora gestacional y el programa de altas médicas y de matronas, intentamos dar una atención integral, con mayor trazabilidad en la que todo queda registrado y evitando así posibles errores u omisiones.

Este proyecto también nos ha aportado una toma de conciencia sobre la importancia de salvaguardar quien, cuando, como ha tenido acceso a dichos datos y si los ha modificado (hasta el momento en el libro de partos físico se pueden hacer anotaciones a posteriori), sin embargo con este sistema de usuario y contraseña se pueden modificar, pero siempre queda una copia oculta con el registro original y quién y cuando modificó dichos datos).

Sin embargo, nos queda pendiente su uso de manera generalizada por parte de todos los integrantes de la unidad, por lo que generar la adherencia al mismo y la estandarización de la recogida de los datos sera nuestro reto este año. De ello depende la sostenibilidad de nuestro proyecto y sus posibilidades de replicación año tras año.

Otra lección aprendida es lo importante que es evitar la primera cesárea, que aunque todos somos consciente de ello, es muy recomendable recordarlo cada cierto tiempo, porque condiciona los siguientes partos de manera muy importante.

Como nota final decir que gracias a este análisis estadístico hemos llegado a la conclusión que el 11,79% del total de partos que fueron cesáreas electivas no evitables (Grupo 5a que denegó el consentimiento+ Grupo 5b+ Grupo 6+ Grupo 7+ Grupo 9) y el 2,36% del total de partos (Grupo 5a que acepto el parto vaginal tras cesárea pero no inicio el parto) hubiera podido inducirse con seguridad en un hospital terciario.

7. OBSERVACIONES.

Para visualizar la presentación final en formato PowerPoint, el informe tabular completo acceda al siguiente link a carpeta GoogleDrive: Libro_Partos

<https://drive.google.com/drive/folders/1-H0Z0CdAgsVF0-xWVDSA3hSvVHoRVT7D?usp=sharing>

*** ===== Resumen del proyecto 2019/638 ===== ***

Nº de registro: 0638

Título
SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
DURAN ALGAS LORENA, MENES LANASPA JAVIER, EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES, PICOT CASTRO MIGUEL, PINTOS RODRIGUEZ ANA, GARCIA SIMON RAQUEL, MARTINEZ ESTERAS PAULA, CARNICERO GIMENO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente el registro de la actividad obstétrica se realiza en muchos hospitales en el clásico libro de partos de papel aprobado en 1986, que recoge un limitado nº de variables, cuyas anotaciones en muchas ocasiones son difíciles de leer o se quedan sin rellenar. A día de hoy en Aragón, no hay ningún registro estandarizado informatizado común que permita saber la realidad de la actividad obstétrica y su calidad, impidiendo compararse con otros centros del mismo nivel o con la media aragonesa o estatal. Además, la OMS ha publicado una declaración dentro del HPR (Human reproduction program) en la que, preocupada por la variabilidad en la tasa de cesáreas y su incremento progresivo, insta a controlar esta práctica y propone la estandarización y universalización de los criterios de Robson, los cuales podrían ser fácilmente valorados mediante un sistema informatizado del libro de partos. Dichos criterios son un sistema propuesto por el Dr. Robson en 2001 que estratifica las mujeres según sus características obstétricas en 10 grupos y en consecuencia permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con un menor nº de factores de confusión.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son las mujeres que acuden a nuestra área de partos y que generan la actividad obstétrica del Hospital Ernest Lluch, centro de referencia del sector sanitario Calatayud. Esta iniciativa recoge el testigo e integra otras iniciativas de mejora del servicio ya finalizadas (ph calota fetal y versión cefálica externa) como un "continuum" para estadística, análisis de datos, toma de decisiones, cambios asistenciales y una nueva reevaluación en el tiempo (Círculo de Deming). El objetivo principal es tener un registro de partos fiable y seguro en el que se recogen todas las variables que pueden dar lugar a indicadores de actividad y calidad y que permita tomar medidas ante cualquier desviación detectada. El objetivo secundario es elaborar la tasa de cesáreas por grupos de Robson, para detectar variaciones estadísticas sin posibilidad de subjetivación de los resultados.

MÉTODO

Para elaborar el registro de parto informatizado se realizara una reunión con los miembros de la unidad implicados (ginecólogos y matronas) estableciendo los ítems a incluir, tras lo cual se diseñará el borrador del programa informático. En una 2ª reunión de los mismos, se presentará el prototipo y se matizarán modificaciones y/o la incorporación de nuevos ítems para obtener el modelo definitivo que se presentara en una 3ª reunión e implementará a partir de la misma y desde entonces se registrarán todos los partos en soporte informático y papel. El registro informatizado podrá ser modificado en las 24h posteriores al parto quedando constancia de la modificación realizada y se tendrá acceso a la aplicación mediante usuario/contraseña a título personal. Los titulares de las mismas serán los matrones/as y ginecólogos/as de la unidad. A partir de todo lo registrado se puede solicitar un listado que visualizar o imprimir, ordenado y acotado por fechas o cualquier otra variante del programa, garantizando la protección de datos. Anualmente, se emitirá un informe estadístico que recoja aquellos datos considerados importantes. Emitiendo un informe de actividad global y de cesáreas según los grupos Robson.

INDICADORES

Cada dato obtenido en la aplicación es un indicador. Pero informaremos respecto:
-Tasa de inducciones y su resultado final.
-Tasa de denegación de parto vaginal tras cesárea.
-Tasa de versión externa cefálica ofrecida, denegada, fallida y exitosa.
-Tasa de ph calota fetal, y tipo de parto tras la misma.
-Tasa de cesáreas según grupos Robson: Su manejo como indicador interno es útil, pero para su uso como comparativo necesitaría de su universalización para poder tomar decisiones.

DURACIÓN

1ª reunión del equipo obstétrico: 1ª quincena febrero 2019.
Borrador de libro de partos informatizado: 2ª quincena 2019.
2ª reunión del equipo obstétrico para presentar el borrador y realizar rectificaciones: 1ªquincena marzo 2019.
Implementación del libro de partos informatizado definitivo; 2ª quincena marzo 2019.
El proyecto se llevará a cabo desde la 1ªquincena febrero 2019 y concluirá la memoria de la actividad realizada del 2º al 4º trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

1. TÍTULO

SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MANUEL FARRER VELAZQUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DURAN ALGAS LORENA
MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL
IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE
CARNICERO GIMENO LAURA
MARTINEZ ESTERAS PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto se llevo a cabo una primera reunión en el bloque obstétrico con los miembros del equipo de nuestro hospital (ginecólogos/as y matrones/as) el día 8 de febrero de 2019, en la que se informó la finalidad de este proyecto de mejora.

Dicha finalidad es el uso de una aplicación que complemente y coexista con la historia clínica electrónica (HCE) y que permita organizar la asistencia a la mujer embarazada de forma más fiable y segura mediante la obtención de un cronograma/lista de tareas personalizada al inicio del control gestacional y en la que se generen automáticamente todas las peticiones, interconsultas, citas, recomendaciones, consentimientos, etc, necesarios y completamente cumplimentados y que distinga entre eventos recuperables y no recuperables en caso de inicio tardío del control gestacional.

Nuestro proyecto cuenta con el respaldo del jefe del servicio de ginecología y obstetricia.

Para recabar los datos necesarios para la elaboración de dicho cronograma/lista de tareas, se acordó que dicha aplicación sería de uso común en la consulta de obstetricia, y se generaría en la primera visita en dicha consulta, que realizase la gestante y se iría actualizando la información y consultando que actividades a realizar en cada una de las visitas sucesivas. También se imprimiría la lista de tareas y se incluiría en la historia clínica de papel hasta que la HCE la reemplace totalmente.

Durante la 2ª quincena de Febrero y los meses de Marzo, Abril y Junio de 2019 empezamos a diseñar un programa informático con la aplicación File Maker 15 Pro con el Dr. Farrer Velázquez como programador informático (también ha cedido altruistamente las licencias de dicho aplicación para poder llevar a cabo este proyecto con coste 0).

Dado el potencial de la aplicación para evitar todo tipo de olvidos, omisiones, deficiente cumplimentación de las peticiones que surgen por motivos varios (alta volatilidad del personal de enfermería como de F.E.A. en los hospitales comarcales, curva de aprendizaje del nuevo personal para manejar los protocolos vigentes en el servicio y la burocracia inherente a todas las consultas de un hospital, etc.) la aplicación fue creciendo de ser un simple cronograma/lista de tareas y pasó a ser una herramienta integral que hace cálculos complejos, por ejemplo, para determinar el día idóneo para la extracción de la analítica del 1º trimestre para el cálculo del screening de cromosopatías en la semana 10 y citándolas siempre el miércoles de dicha semana de gestación, lo mismo se realiza para la eco de la semana 12, la determinación de alfafetoproteína y la fecha idónea para la eco morfológica de las 20 semanas, etc, con lo que no solo ahorramos tiempo en dichos cálculos, sino que además obtendremos unos datos más homogéneos y fiables a la hora de interpretar esos datos de cribado en el futuro.

También se decidió compartir la base de datos que generaría este programa con otro programa de mejora de nuestro servicio para este año, como es el libro electrónico de partos dada la dificultad para recabar algunos datos como los relativos a la VCE en el momento del parto (ya que conviven actualmente la historia clínica electrónica y la tradicional en papel) y dado que dicha aplicación también esta generada con File Maker 15 Pro ambas aplicaciones pueden compartir fácilmente los datos, quedando automáticamente reflejados en el libro de partos electrónico cuando se genere un archivo con los mismos datos de filiación.

Nuestra 2ª reunión con el equipo obstétrico fue en Junio y Julio de 2019, fueron encuentros individuales, en los que el Dr. Farrer fue enseñando uno a uno el programa para que hicieran aportaciones y/o correcciones al mismo. También se consensuó con la Dra. Patricia Esteve Alcalde, responsable del servicio de laboratorio los asuntos relacionados con las peticiones analíticas, en lo referente a la detección de la isoinmunización Rh en el embarazo, mediante el reflejo por escrito de la administración o no de gamma globulina anti D durante el embarazo en las peticiones a laboratorio, para evitar falsos positivos y un gasto superfluo en la cuantificación de anticuerpos irregulares.

Al final de estos encuentros, se llegó a un consenso por mayoría según las aportaciones y se modificó el prototipo en Agosto de 2019, además de llegar al consenso que la interfaz de la aplicación contendría también los enlaces a la HCE, y a diversas paginas web de uso común durante la consulta de obstetricia para calculo de percentiles ecográficos fetales entre otros.

Otra medida de consenso fue la de introducir en la base de datos toda la educación sanitaria relativa al embarazo, que tienen que realizar tanto ginecólogos/as como enfermeros/as para darla de manera escrita y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

refuerce positivamente la información oral dada en la consulta, así como la inclusión de todos los consentimientos informados obstétricos en la aplicación.

Posteriormente, en septiembre de 2019 se instaló una versión de prueba con usuario y contraseña en el ordenador de la consulta de obstetricia, para ir valorando in situ la facilidad de uso y la utilidad del programa y según los fallos encontrados, se fue modificando la aplicación en septiembre y octubre de ese mismo año. Aunque llevábamos bastante demora sobre nuestro cronograma inicial, creímos que las mejoras que aportarían a la calidad de la asistencia, a la trazabilidad de todas las peticiones, consentimientos informados, constancia de toda la educación sanitaria realizada y posterior explotación de datos que generaría esta aplicación ampliada, merecería la pena a largo plazo.

Desde Septiembre de 2019, se han ido generando archivos en dicha aplicación por parte de los integrantes de este proyecto de mejora, para generar la estadística del 2019, en este caso referente a todo el 2019 en cuanto a la tasa de denegación del parto vaginal tras cesárea previa, la tasa de VCE ofrecida y denegada y el seguimiento del cribado prenatal, NITP y AMN (durante todo el tiempo de demora sobre nuestro cronograma inicial, se recogían manualmente los datos necesarios para su posterior análisis estadístico). Sin embargo, no podemos ofrecer la tasa de uso de la aplicación con respecto al total de gestaciones atendidas ya que hasta diciembre de 2019 ha estado en modo prueba y no se ha estado usando de manera sistemática.

Por último, cabe destacar, que la última reunión para informar del uso generalizado de nuestra aplicación ha sido el 29 de Enero de 2020 en la biblioteca del HELL, a la cual asistieron los miembros del equipo obstétrico del hospital (ginecólogos/as, matrones/as, la supervisora del bloque obstétrico y enfermeros/as de las consultas de ginecología y de obstetricia), miembros del servicio de informática, la responsable de calidad del hospital, además de nuestro director médico y nuestra directora y subdirectora de enfermería.

En dicha reunión, hemos explicado como utilizar la aplicación informática (aunque dentro de la misma hay notas informativas, para aclarar conceptos y así aumentar la homogeneidad de los registros y por tanto su calidad). Durante esta misma reunión, también se presentó la versión definitiva del libro de partos electrónico, dado que ambos serán de uso general en nuestro servicio a partir del 1 de febrero de 2020. Además de lo anterior en dicha reunión también se presentó la actualización del programa informático de fichas_gine .

El uso y pertinencia de estos programas interrelacionados (libro de partos y calculadora gestacional) se realizó mediante una presentación en PowerPoint, además de otros medios audiovisuales para poder interactuar con la interfaz de ambos programas, resolver dudas in situ e informar de como se va a salvaguardar la privacidad y el acceso a la aplicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro principal resultado es una herramienta que permite la atención integral de la gestante complementaria a la HCE y que permite aumentar la calidad de la asistencia al evitar olvidos y/o omisiones, aumenta la trazabilidad de la consulta y actividades realizadas en ella y aumenta la calidad de los datos obtenidos para su posterior explotación estadística.

Todo ello también nos ayudara a comprender apreciaciones útiles sobre la calidad de la recopilación de datos, el tipo de población atendida por el hospital (captación tardía o no, raza, etc.), la tasa de denegación al parto vaginal tras cesárea y también la de la VCE, así como sobre la filosofía general de la atención prestada en nuestro hospital.

El impacto de nuestro proyecto es agilizar las labores administrativas inherentes a la asistencia de la embarazada durante la consulta de obstetricia y por ende, aumentar su calidad al poder dedicarle un tiempo extra a la gestante en vez de a la burocracia.

Los datos para la realización de la estadística han sido obtenidos de la propia aplicación en algunas pacientes, del servicio de laboratorio SSLab 5 y SSLab 6 y mayoritariamente de la historia clínica electrónica y en papel de las pacientes durante la atención a su embarazo en la consulta de obstetricia y durante su proceso de parto.

Como beneficios adicionales hemos obtenido la intercomunicación de datos entre otras aplicaciones ya existentes en nuestro servicio desde hace años (informe altas de matrona y el informe de altas médicas). Dichos programas fueron diseñadas con File Maker 12 Pro y han sido remodelados para facilitar su uso y evitar tener que reintroducir una y otra vez los mismos datos en las distintas aplicaciones, por lo que optimiza el tiempo del personal dedicado a labores administrativas, para poder dedicarlo a la tarea asistencial o a la cumplimentación adicional de estos nuevos programas.

Tasa de denegación al parto tras cesárea previa: En 2019 atendimos a 23 mujeres con una o mas cesáreas anteriores de las cuales 12 no consintió el parto tras cesárea (5,66% total de partos de 2019), 5 mujeres consintieron pero no iniciaron el parto de forma espontánea por lo que acabaron en una cesárea por dicho motivo y malas condiciones obstétricas (2,36%), 4 de ellas consintieron y acabaron en un parto vaginal (1,89%) y a 2 no se les ofreció la posibilidad de un parto tras cesárea por estar contraindicado (1 por presentación podálica+CIR+oligoamnios+prematuridad (0,47%) y 1 mujer por presentar 2 cesáreas anteriores (0,47%)).

Tasa de Versión Cefálica Externa: Durante 2019 atendimos a 9 presentaciones no cefálicas persistentes en 3°

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

trimestre (4,24% del total de partos atendidos). De las cuales a 8 de ellas se les ofreció una VCE, 4 de ellas no consintieron (1,89%), 4 de ellas consintieron (1,89%) de las cuales 3 de ellas fueron realizadas (0,94% de forma no exitosa, 0,47% de forma exitosa) y 1 de ellas no se llegó a realizar por inicio de parto espontáneo antes de las 37sg, fecha a partir de la cual se recomienda la realización de la VCE. Así que la vía de parto para 8 de ellas fue una cesárea urgente (2,83% del total de partos atendidos) o programada (0,94%) y 1 de ellas acabó en parto vaginal (0,47%).
Tasas de cribado prenatal

Durante 2019 se han realizado:

Cribados de riesgo de cromosopatías de 1º trimestre: 219 (214 embarazos únicos, 4 gestaciones gemelares, 1 prueba que hubo que repetir).
Cribados de riesgo de cromosopatías de 2º trimestre: 13. Siendo 11 de ellos por captación tardía de embarazo y 2 pese a haberse realizado la determinación de B-HCG libre y de PAPPa no pudieron realizarse por no haberse realizado la ecografía de las 12 semanas de embarazo imprescindible para su cálculo.
Cribado de Defectos del Tubo Neural (DTN): Se realizó la determinación de alfafetoproteína en 206 ocasiones (195 gestaciones únicas, 4 gestaciones gemelares y 6 ocasiones que se repitió la determinación para corroborar si era un falso positivo o no).
NITP (Determinación de ADN fetal en sangre periférica): Se realizaron 40 NITP en 2019, 28 de ellas por riesgo intermedio de cromosopatía (RR 1/50-1/1000), 5 de ellas por RR 1/1000-1/1500 y 7 de ellas por no tener cribados y no poder asegurar un bajo riesgo de cromosopatías tras realizar un sonograma fetal (obesidad materna, mala transmisión de ultrasonidos, marcadores ecográficos de cromosopatías, etc.) Todas los resultados fueron normales.
Amniocentesis y biopsia de vellosidades coriales: Se derivaron a nuestro hospital de referencia el Hospital Clínico Universitario y realizaron 7 AMN (1 AMN se realizó tras una biopsia de vellosidades coriales no concluyente además de un cribado de 1ºT de alto riesgo RR1/1 y tener un hidrops fetal, otras 3 AMN fueron por RR<1/50, otra fue por marcadores ecográficos de sospecha de cromosopatía con cribado de 1ºT de bajo riesgo, y 2AMN por ser los progenitores portadores de alteraciones cromosómicas). Todas ellas fueron resultados normales.

En total se atendieron en nuestro hospital 212 partos con 215 nacidos vivos y un total de 234 gestaciones cribadas (214 mujeres con cribado de 1ºT, 13 mujeres con cribado de 2º T y 7 NITP), solamente no se cribaron gestaciones no controladas que acudieron únicamente a nuestra maternidad cuando iniciaron parto espontáneo. El desfase entre gestaciones cribadas y partos se deben a pérdidas gestacionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de las actividades realizadas por parte de este equipo de mejora es gratamente satisfactoria. Hemos desarrollado una herramienta global para la atención de la embarazada y su registro de actividad para una posible explotación estadística, con los que mejorar la calidad de nuestra asistencia. Además de ser una aplicación interdependiente con la aplicación del libro de partos informatizado y el programa de altas médicas y de matronas, intentamos dar una atención integral, con mayor trazabilidad en la que todo queda registrado y evitando así posibles errores u omisiones.

Este proyecto también nos ha aportado una toma de conciencia sobre la importancia de salvaguardar quien, cuando, como ha tenido acceso a dichos datos y si los ha modificado (gracias a la HCE este punto débil se ha subsanado, pero actualmente aun convive con la historia clínica de papel en la que aún se pueden hacer anotaciones a posteriori), sin embargo con este sistema de usuario y contraseña se pueden modificar los datos en la historia clínica, pero siempre queda una copia oculta con el registro original y quién y cuando modificó dichos datos.

También esta aplicación permite ahorrar espacio en nuestra consulta ya que no se necesitan impresos físicos por lo que a la larga evitara el gasto superfluo de acumulación de impresos de solicitudes poco utilizados, desaprovisionamiento de otros, o retirada de los mismos cuando se cambie su formato por otro.

Sin embargo, nos queda pendiente su uso de manera generalizada por parte de todos los integrantes de la unidad, por lo que generar la adherencia al mismo y la estandarización de la recogida de los datos será nuestro reto este año. De ello depende la sostenibilidad de nuestro proyecto y sus posibilidades de replicación año tras año.

7. OBSERVACIONES.

Para visualizar la presentación final en formato PowerPoint y otros archivos y gráficos de interés acceda al siguiente enlace a carpeta GoogleDrive: Fichas_Obst
https://drive.google.com/drive/folders/1Xhuig_81DGfFcJsUSNit4WU706vjKlWt?usp=sharing

*** ===== Resumen del proyecto 2019/639 ===== ***

Nº de registro: 0639

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Título
APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
FARRER VELAZQUEZ MANUEL, DURAN ALGAS LORENA, MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE, CARNICERO GIMENO LAURA, MARTINEZ ESTERAS PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las últimas décadas, la asistencia al embarazo ha ganado notablemente en eficacia y seguridad a cambio de una mayor complejidad en el seguimiento del mismo. Se han establecido una serie de acciones de seguimiento altamente protocolizadas, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que están sujetas a un estricto y dinámico cronograma a aplicar en función de diversas variables.
A fecha de hoy se dispone en Aragón de una Historia Electrónica del Embarazo (HEE), pero es de nivel básico, y no aporta elementos de cálculos complejos para el seguimiento del mismo, ni facilidades para elaboración de un cronograma personalizado/lista de tareas para las gestantes, el cual, efectúe de forma automatizada y en tiempo, la cumplimentación de las peticiones de forma fiable, de manera que minimice las posibilidades de error en la cumplimentación de estas, reduzca el tiempo de consulta dedicado a estas tareas "administrativas" y permita dedicar mas tiempo a las gestantes, es decir, mejorar la seguridad asistencial, humanización y eficacia.
Se pretende que este proyecto de aplicación informática sienta las bases para demostrar "otra manera de ver las cosas" a la hora del desempeño de la Obstetricia y que pueda ser adoptado por la informática institucional, avalado por el interés del responsable del proyecto con más de 30 años de experiencia en Obstetricia y Ginecología, y programación en Informática Médica.
Como los protocolos son cambiantes en el tiempo en función de los cambios en el conocimiento y la tecnología, esta programación informática hace que estos cambios sean de fácil adaptación.
Otro motivo para su uso sería el derivado de la alta volatilidad del personal de enfermería de consultas, lo cual aumenta la posibilidad de errores de cumplimiento de cronograma.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana son las gestantes atendidas en el Sector de Calatayud que generan la actividad de la consulta de Obstetricia del Hospital Ernest Lluch.
El objetivo principal, es el uso de la aplicación para organizar la asistencia de forma más segura y fiable, que permita la elaboración de un cronograma/lista de tareas personalizado, que genere automáticamente todas las peticiones necesarias según los algoritmos, además de su recogida en una lista personalizada que distinga entre eventos recuperables e irrecuperables cuando se inicie el control del embarazo de forma tardía.
Por ende, su uso van a generar un registro de todas esas acciones realizadas, lo cual conduce a nuestro objetivo secundario, que sería elaborar estadísticas de dichas variables almacenadas para su análisis mediante el círculo de calidad continua de Deming, que a su vez, permitirán tomar medidas ante cualquier desviación detectada.

MÉTODO
La aplicación sigue la metodología de trabajo habitual de la consulta. Al atender una 1ª visita se abre un nuevo episodio de embarazo y se recogerán una serie de variables sobre la gestante, algunas dadas por el programa. Según sistemática habitual se realiza una ecografía para datación preliminar y con la fecha que nos proporcione se generará automáticamente un cronograma/lista de tareas con todas y cada una de las acciones a realizar durante todo el embarazo, la cual se reajustara con la datación definitiva dada por la ecografía de semana 12 y que incluirá todas y cada una de las peticiones, recomendaciones, consentimientos, derivaciones y citas a realizar durante todo el embarazo. Además se imprimirá una hoja resumen del cronograma para su inclusión en la historia clínica.
Se tendrá acceso a la aplicación mediante usuario/contraseña personal. Los titulares de las mismas serán los ginecólogos/as y enfermeros/as de la consulta de obstetricia.
A partir de todos los datos registrados se puede realizar un listado que visualizar o imprimir, ordenado y acotado por fechas o cualquier otra variante del programa, garantizando la protección de datos de las gestantes.
Anualmente, se emitirá un informe en el que se recogen dichos datos, tratados de forma estadística.

INDICADORES
-Tasa de utilización de la aplicación con respecto al total de gestaciones atendidas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

1. TÍTULO

APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Tasa de denegación de parto vaginal tras cesárea, recogido a su vez en el libro electrónico de partos.
- Tasa de versión externa cefálica ofrecida y denegada.
- Seguimiento de cribado prenatal y tasa de NIPT y amniocentesis.

DURACIÓN

1ª Reunión con el equipo obstétrico y elaboración del 1º borrador de la aplicación: 1ª quincena marzo 2019.
2ª Reunión con el equipo obstétrico para presentar el borrador y realizar rectificaciones si procede: 2ª quincena marzo 2019.
Implementación de la aplicación definitiva; 1ª quincena abril 2019.
Este proyecto se llevará a cabo desde abril 2019 y concluirá con una memoria anual de actividad realizada del 2º al 4º trimestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE IBAÑEZ HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FARRER VELAZQUEZ MANUEL
BAGUENA BERNE MARTA
PEREZ CORDON LAURA MARIA
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA
GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON
DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto se llevó a cabo el 8 de febrero de 2019 una primera reunión con los miembros del equipo de nuestro hospital (ginecólogos/as y enfermeros/as de la consulta de ginecología), en la que se informó de la finalidad de este proyecto de mejora. Dicha finalidad es el reconocimiento, la evaluación y la ampliación de una aplicación informática ya existente en el servicio como es la de Fichas_Gine.

Esta iniciativa surgió en el año 2002 ante la escasez de FEA de Obstetricia y Ginecología, para aligerar la lista de espera en la consulta de ginecología a través del envío por carta de los resultados de pruebas solicitadas desde la misma, fundamentalmente citologías, por lo que inicialmente se diseñó solo para realizar informes de resultados.

Dicha aplicación informática la diseñó y programó el Dr. Farrer Velázquez, inicialmente con el gestor de bases de datos FileMaker 4. Por incompatibilidad de esta versión con Windows 10, las actualizaciones más recientes de la aplicación se han realizado, en FileMaker 12, cuyas licencias han sido cedidas de manera altruista por el autor para continuar con la realización de dicho proyecto.

Poco a poco la aplicación fue creciendo y a través de ella se han podido gestionar todo tipo de peticiones de pruebas (laboratorio: por perfiles o protocolo, citologías generando impreso según criterios Bethesda, mamografías por códigos de prestación, RMN, densitometrías con anexo 2, preoperatorios completos, etc...), también se generan los tratamientos al ingreso hospitalario, peticiones a farmacia (LARC), informes diversos (MAP/Mutuas/Inspección/M69), todo ello perfectamente cumplimentado con lo que se ahorra tiempo en tareas administrativas y se aseguraba la correcta cumplimentación de los mismos (gran volatilidad del personal facultativo y no facultativo y su consiguiente curva de aprendizaje).

Ofrecía también otras ventajas adicionales como eran, evitar omisiones/errores (no es necesario el uso de pegatinas por lo que había menor probabilidad de errores de identificación de las peticiones/informes), además de ser documentos totalmente legibles por lo que minimizaba el riesgo de iatrogenia en las prescripciones. Una prestación esencial de la aplicación ha sido la impresión de una ficha/registro de actividad archivable (Apellidos, Nombre, NHC) con el que controlar la recepción de las pruebas solicitadas.

Nuestro proyecto cuenta con el respaldo del jefe del servicio de ginecología y obstetricia de nuestro hospital.

Acordamos en esta primera reunión que la ampliación de la aplicación en 2019 incorporaría:

Mejoras en los tratamientos al ingreso, en el sentido en el que todos los posibles ingresos para cirugía programada a cargo de ginecología, tendrían estandarizado un tratamiento al ingreso que se podría editar y personalizar. Incluiría si procede profilaxis antibiótica previa verificación de alergias, profilaxis antitrombótica (HBPM) con horas de administración consensuadas con el servicio de anestesia según abordaje anestésico a utilizar (intradural, epidural, anestesia general) etc.

Consentimientos informados: En el momento actual se dispone para su implantación de un total de 29, ante las posibles intervenciones ginecológicas programadas y actuaciones en consulta que requieren C. I. que se ofertan en nuestro hospital. Se generarán en el formato oficial del centro, cumplimentados con los datos de filiación de la paciente y los datos del especialista que informa y será también editable para una eventual personalización. La perfecta cumplimentación de los consentimientos nos pareció muy importante, ya que la mayoría de las demandas sanitarias que se pierden, lo son por aspectos relacionados con consentimientos informados inadecuados o inexistentes.

Un informe de la consulta de planificación familiar: Incluiría informes de Actuación Ambulatoria / Alta de pacientes de Planificación Familiar para Atención Primaria, en el formato del Programa de la Organización de la Atención Anticonceptiva de Aragón

Curso Clínico de la H.C.E.: Es un enlace con la historia clínica electrónica, la cual, ha empezado a funcionar este último año en nuestro hospital. Supone una anotación automática (Copiar/Pegar) en el Curso Clínico de la H.C.E. de todas las acciones realizadas a través de Fichas_Gine que por su potencia permite la integración de algoritmos complejos y no meros textos pre redactados. También permite subir documentos en pdf.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Justificantes de asistencia. Para evitar alargar el tiempo que los pacientes están en el hospital, ya que hasta ahora para conseguirlo generalmente tenían que dirigirse a otros servicios (admisión/citaciones).

Una vez acordada la expansión de la aplicación durante los meses de Febrero y Marzo, empezamos a diseñar la ampliación del programa informático con la aplicación FileMaker 15 Pro Advanced con el Dr Farrer como programador informático (también ha cedido altruistamente las licencias de dicho aplicación para poder llevar a cabo este proyecto con coste 0).

La 2ª reunión con el equipo de ginecólogos/as y enfermería de la consulta de ginecología fue de Abril a Mayo de 2019, el Dr. Farrer mostró la ampliación de forma individual, para que hicieran aportaciones y/o correcciones al mismo. Y al final de estos encuentros, se llegó a un consenso por mayoría según las aportaciones y se modificó el prototipo en Junio de 2019.

Posteriormente en Septiembre-Octubre, se instaló la aplicación ampliada en el ordenador de la consulta de ginecología para ir incorporando los cambios en la actividad asistencial.

Por último, cabe destacar, que la última reunión para informar del uso generalizado de nuestra aplicación ha sido el 29 de Enero de 2020 en la biblioteca del HELL, a la cual asistieron los miembros del equipo obstétrico del hospital (ginecólogos/as, matrones/as, la supervisora del bloque obstétrico y enfermeros/as de las consultas de ginecología y de obstetricia), miembros del servicio de informática, la responsable de calidad del hospital, además de nuestro director médico y nuestra directora y subdirectora de enfermería.

En dicha reunión, hemos explicado las mejoras del programa, como usarla y además de haber consensuado la nueva ampliación de la aplicación para 2020 que será con respecto a las ecografías ginecológicas para integrar el informe generado por Fichas_Gine en formato pdf, en la H.C.E. (Upload).

Durante esta misma reunión, también se presentó la versión definitiva de la calculadora electrónica del embarazo y el libro informatizado de partos. Se hizo de manera conjunta ya que estos 3 programas están interrelacionados.

El uso y pertinencia de este programa se realizó mediante una presentación en PowerPoint, además de otros medios audiovisuales para poder interactuar con la interfaz de ambos programas, resolver dudas in situ e informar de como se va a salvaguardar la privacidad y el acceso a la aplicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro principal logro es disponer de una herramienta que permite la gestión burocrática integral de la consulta de ginecología. Además permite aumentar la calidad y optimizar los costos de la asistencia al evitar olvidos, errores y/u omisiones (P. Ej. peticiones por perfiles o protocolo), su uso, de una manera transparente genera datos que posibilitan una trazabilidad de la consulta y de las actividades realizadas en ella y por ende, estos datos obtenidos son susceptibles de posterior explotación estadística. Pese a que no fue diseñada con esos objetivos permite una búsqueda exhaustiva por campos calculados en función de otras variables. A continuación se muestran algunos ejemplos de explotación de datos.

Desde los inicios de la aplicación en 2002, se han contabilizado hasta finales de 2019, 46.224 registros de uso o "Fichas", siendo en 2019 utilizada 3.822 veces (frente a los 547 de 2002).

El análisis de datos tan básicos como la distribución por edad de las mujeres atendidas en nuestra consulta en estos casi 20 años que lleva funcionando la aplicación, permite establecer estrategias para poder planificar necesidades reales que nos lleven a mejorar su asistencia a través de los datos obtenidos.

El impacto de nuestro proyecto es agilizar las labores administrativas inherentes a la asistencia de las mujeres que acuden al servicio de ginecología y así poder dedicarles un tiempo extra en vez de a la burocracia. También permite llevar un control exhaustivo de las pruebas pendientes de recibir los resultados, lo que aumenta la seguridad,

Los datos de rendimiento de la aplicación para la realización de esta memoria en referencia concreta al año 2019 han sido obtenidos de la propia aplicación de Fichas_gine.

De los 3.822 registros del 2019 la distribución de su utilización en los cometidos más relevantes fue la siguiente:

Peticiones (y registros inherentes de control de resultados) de:

- Citología: 427
- HPV: 258
- Biopsias de cérvix: 21
- Polipectomía cérvix: 17
- Biopsias endometrio:113
- Mamografía/ecografía mamaria: 413
- Ecografía ginecológica: Solicitudes 1484 Informes ecografía ginecológica: 689
- Cultivos vaginales/endocervicales: 47
- Laboratorio:
- ? Estudio básico de esterilidad (EBE): 25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- ? EBE en el varón: 29
- ? Marcadores tumorales: 26
- ? Estudios hormonales: 141
- ? Hirsutismo: 30
- Densitometría y el Anexo 2: 73
- Pruebas especiales: RMN 20
- Preoperatorios: 134
- Peticiones a Farmacia Hospitalaria DIU: Mirena (76), Kyleena (36), Implanon NXT: 82
- Peticiones a Suministros DIU de Cobre (75).

Hoja de tratamiento al ingreso quirúrgico: 100% de las intervenciones 134

Gestión del volante M-69: MAP (4) / Inspección (1)

Informes para MAP/Mtuas: MAP (16 Gardasil, 3 Cevaxix, 6 Provia, 20 Esmya, 13 Colpotrofin, 4 Nuvaring) /Mutuas (6 MAZ)

Visados para inspección: 30 (20 Esmya, 10 otros varios)

Cartas de resultados: 65

Consentimientos informados Todas las intervenciones 134 + 1//2 de las biopsias ambulatorias 76 : 210

Destacar que casi toda la actividad burocrática de la consulta se realiza a través de esta aplicación, siendo de uso generalizado por parte de todos los facultativos y personal de enfermería de nuestro servicio, hasta tal punto que el ordenador de la consulta principal de ginecología dispone de doble monitor, teclado y ratón de tal manera que pueden trabajar de forma concurrente facultativo y enfermero/a lo que permite optimizar el tiempo. Y dado que desde 2019 se ha implantado de forma generalizada el uso de la historia clínica electrónica en nuestro hospital, esta aplicación permite traspasar los datos generados en ella como un corta y pega o mediante un archivo adjunto en pdf que cargar a la H.C.E de las pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración sobre las actividades realizadas en este proyecto es muy positiva, ya que demuestra que la inversión inicial de nuestro tiempo y nuestro esfuerzo en programar una aplicación informática se ve recompensada a la larga con una sistemática de trabajo mas fluida, menos tediosa y mas segura.

También estamos muy orgullosos de la evolución y aceptación de este proyecto por parte de todos los integrantes del equipo (3822 usos en 2019) y sobre todo ilusionados con las posibilidades de expansión del mismo, como ya hemos mencionado en nuestra ultima reunión se decidió realizar una ampliación de la aplicación para que generase y adjuntase a la H.C.E un informe en pdf de todas las ecografías ginecológicas.

Con todo lo anteriormente dicho, creemos que la sostenibilidad (sin coste adicional) del proyecto esta asegurada, como lo demuestra su uso continuado desde 2002 (46224 usos hasta la fecha) y esperamos que año tras año, gracias al estudio de los datos obtenidos mediante esta aplicación y analizándolos según el círculo de Deming (planear, hacer, verificar y actuar...) consigamos encaminar nuestra práctica asistencial hacia la excelencia.

7. OBSERVACIONES.

Para visualizar la presentación final en formato PowerPoint y otros archivos y gráficos de interés acceda al siguiente enlace a carpeta GoogleDrive: Fichas_Gine

<https://drive.google.com/drive/folders/1cOBx3ZiqlzPQ9L2iYJ9skMxCebZdnk8Z?usp=sharing>

*** ===== Resumen del proyecto 2019/646 ===== ***

Nº de registro: 0646

Título
FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, BAGUENA BERNE MARTA, PEREZ CORDON LAURA MARIA, DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA, GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON, DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Mujeres

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Ginecología y Planificación Familiar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Línea Estratégica : Eficiencia
Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En las últimas décadas la asistencia en la consulta de Ginecología ha ganado en eficacia y seguridad a costa de una mayor complejidad de la misma. Se han establecido una serie de acciones de seguimiento altamente protocolizadas, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) a aplicar en función de diversas variables.

A fecha de hoy en Aragón, no se dispone de una Historia Electrónica (HE) completa, y aunque está en fase de introducción la evolución clínica informatizada, es de nivel básico ya que no aporta elementos de cálculos complejos para aplicación de protocolos, solicitud de perfiles específicos ni facilidades para el desempeño de los mismos según una lista de tareas para los distintos procesos clínicos, de enfermería y administrativos, que de forma automatizada y en tiempo permitan cumplimentar peticiones de forma fiable para minimizar posibles errores, reduzca el tiempo de consulta dedicado a tareas "administrativas" y permita dedicar más tiempo a las pacientes. Es decir, mejora la seguridad asistencial, humanización y eficacia. Se pretende que este proyecto sienta las bases para demostrar "otra manera de ver las cosas" a la hora del desempeño de la consulta de Ginecología y que pueda ser adoptado por la informática institucional, avalado por el interés del primer colaborador del proyecto con más de 30 años de experiencia en obstetricia, ginecología y programación en Informática Médica. Como los protocolos son cambiantes en el tiempo en función de los cambios en el conocimiento y tecnología, esta programación informática con lenguaje de alto nivel, próxima al lugar de trabajo, hace que estos cambios sean de fácil adaptación. Este proyecto da forma a una iniciativa que comenzó hace 19 años con más de 80.000 usos desde su inicio

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son las pacientes que generan la actividad de la consulta de Ginecología del Hospital Ernest Lluch (Sector de Calatayud)

El objetivo principal, es el uso de la aplicación informática "Fichas gine" que de forma paralela a la HE permita (como un "Plug in" de software en el equipo local), en función de determinadas variables, elaborar peticiones y su recogida en una ficha personalizada para organizar la asistencia de forma más segura y fiable. Su uso genera implícitamente un registro de todas esas acciones que darán lugar a indicadores de actividad y calidad. Otro objetivo sería, elaborar estadísticas con las variables almacenadas, su análisis con la metodología del círculo de calidad continua de Deming, que a su vez permita tomar medidas ante desviaciones detectadas

MÉTODO

La aplicación sigue la metodología de trabajo habitual de la consulta. Al atender una consulta se abre una nueva ficha donde se recogen una serie de variables: Por un lado los datos de filiación aportados por la aplicación y por otro, introduciremos variables de interés clínico, como motivo de consulta y pruebas solicitadas, en muchos casos por perfiles específicos según protocolo. Al quedar consignadas estas peticiones en las fichas, permite al personal de enfermería el control de recepción de las pruebas como mecanismo de seguridad.

La aplicación aporta numerosas utilidades para facilitar el desempeño de la consulta como la cumplimentación de impresos como:

Petición de Citología/Mamografía/ecografía mamaria/Histerosalpingografía.

Petición de ecografía y realización del informe.

Petición individualizada a Farmacia de Anticonceptivos de larga duración

Petición de Laboratorio para su uso discreto o mediante perfiles (Estudio Básico de Esterilidad (EBE), EBE del varón, Marcadores tumorales, estudios hormonales, hirsutismo, etc)

Cumplimentación del impreso de petición de Densitometría Ósea y su Anexo 2.

Cumplimentación del preoperatorio (Laboratorio, Rx tórax, ECG informado, consulta de anestesia, consentimiento informado para inclusión en Lista de Espera Quirúrgica y "Ficha Rosa" para registro y admisión.

Hoja de tratamiento al ingreso quirúrgico

Gestión del Volante M69 de uso muy diverso

Petición de pruebas especiales

Informes para MAP y/o mutuas

Visado de medicamentos para Inspección

Instrucciones de uso de determinados medicamentos

Cartas

Consentimientos informados

INDICADORES

Cada dato obtenido en la aplicación es un indicador. Pero informaremos de la tasa de uso de la aplicación

DURACIÓN

1ª reunión del equipo obstétrico y borrador de la aplicación: 1ª quincena marzo 2019

2ª reunión del equipo obstétrico: Presentación del borrador y rectificaciones: 2ª quincena marzo 2019

Implementación aplicación definitiva; Abril 2019

El proyecto se iniciará en Abril de 2019 y concluirá con una memoria anual de la actividad realizada del 2º al 4º trimestre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

1. TÍTULO

FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0859

1. TÍTULO

VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA COLERA DANIEL
FRANCO SERRANO CARLOS
ESTEVE ALCALDE PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL programa SSD6 comenzó a funcionar en nuestro centro a mediados de enero de 2019, y hemos podido incluir en el seguimiento de este proyecto a todas las gestantes en las que se ha realizado cribado gestacional de 1 y/o 2 trimestre desde el 1 de enero 2019, gracias a la inclusión de 1 paciente rescatada del anterior programa. No en todas ellas tenemos resultados perinatales, por la razón obvia de la duración de la gestación. Desde entonces hemos podido trabajar con esta plataforma informática para realizar los cribados de primer y segundo trimestre, y las determinaciones de AFP como cribado de alteración del tubo neural. Ha resultado un programa intuitivo y de fácil aprendizaje, haciendo más sencilla la labor asistencial. Durante las reuniones celebradas en Julio y octubre entre los participantes constatamos el correcto funcionamiento del programa Ssd6, sin haber tenido falsos negativos pero todavía sin número suficiente de datos para poder dar resultados con significación estadística. El 29/01/2019 se realizará una reunión con todos los profesionales involucrados para dar a conocer los datos obtenidos y los caminos a seguir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Gracias al programa SSD6 hemos podido analizar los siguientes datos:

Durante el año 2019 se han realizado_

- 219 cribados de primer trimestre: 214 embarazos únicos, 4 embarazos gemelares y 1 cribado que requirió 2 extracciones.
- 13 cribados de segundo trimestre: 11 de ellos por captación tardía y 2 por no presentarse la paciente a la ecografía de 1 trimestre pese a haberse realizado el cribado bioquímico.
- 206 extracciones de AFP: 6 de ellas requirieron confirmación posterior.
- 40 TPNI (test prenatal no invasivo: DNA fetal en sangre materna): 28 de ellas por riesgo intermedio de cromosomopatía, 5 de ellas por riesgo entre 1/1000 y 1/1500 (2 de ellas gemelares monocoriales, 1 por antecedente materno de gestación con Sd Down, 1 por presentar TN>p99 en semana 10) y 7 de ellas por control fuera de la ventana de cribados y sonograma genético inconcluyente. De todos los NIPT realizados, 35 se han informado en el programa Ssd6 y de las 5 restantes 3 se realizaron antes de la implantación del programa (a principios de enero 2019)
- 7 amniocentesis: 2 por progenitores portadores de alteraciones cromosómicas, 4 por cribados de alto riesgo y 1 por marcadores ecográficos a pesar de cribado de bajo riesgo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tasa de falsos positivos del 1.7 % (4 amniocentesis por cribado de alto riesgo de 232 cribados en total), menor al 5 % que se considera el estándar de este procedimiento.
- Tasa de TPNI realizados por cribados de riesgo intermedio 12 % (28 casos de 232 cribados) Es un porcentaje adecuado, pues en el Protocolo Aragonés incluimos como cribado contingente a las pacientes con resultados de riesgos intermedio (1/50 - 1/999), lo que amplía la población diana.
- Se han realizado TPNI fuera de protocolo, todos ellos con clara justificación clínica. Hay que tener en cuenta las gestaciones que inician de forma tardía el control de embarazo, estando fuera de rango de cribados de primer y segundo trimestre. El sonograma genético es un cribado menos sensible y con gran influencia de los factores no controlables por nuestra parte (por ejemplo: obesidad materna, mala transmisión sónica...)
- Resultados perinatales: de los disponibles actualmente, no hemos tenido ningún recién nacido portador de cromosomopatía.
- Las desviaciones estándares del cribado combinado de 1 trimestre encontradas han resultado muy satisfactorias, todas ellas dentro de los estándares de calidad.
 - o Translucencia Nucal
 - ? Media Log 10 MoM:-0,019 | DS Log 10 MoM: ±0,112
 - ? Media MoM: 0,993 | DS: ±0,337
 - o PAPP-A
 - ? Media Log 10 MoM:-0,05 | DS Log 10 MoM: ±0,265
 - ? Media MoM: 1,075 | DS: ±0,709
 - o Beta hCG libre 1T
 - ? Media Log 10 MoM:0,02 | DS Log 10 MoM: ±0,305
 - ? Media MoM: 1,364 | DS: ±1,186

7. OBSERVACIONES.

Gracias a la implementación del programam Ssd6 hemos podido constatar que el cribado ofrecido en nuestro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0859

1. TÍTULO

VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

sector de salud cumple las expectativas y los estándares de calidad requeridos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/859 ===== ***

Nº de registro: 0859

Título
VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

Autores:
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, GRACIA COLERA DANIEL, FRANCO SERRANO CARLOS, ESTEVE ALCALDE PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras los recientes cambios y mejoras incluidas en el Cribado Combinado del Primer Trimestre (CCPT) en Aragón, como ha sido el Test Prenatal No Invasivo en riesgos intermedios, el cambio de plataforma informática y el Cuádruple Test, creo de interés poder recoger datos de las gestaciones cribadas y sus resultados posteriores, para poder definir la sensibilidad del cribado en nuestro centro y conocer nuestros puntos fuertes y nuestros puntos críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar seguimiento de las gestaciones, comenzando en 2019, desde el CCPT hasta la finalización del embarazo, analizando la sensibilidad del cribado, los falsos positivos o negativos presentados, para poder compararnos con los estándares requeridos.
De forma secundaria y si es posible, descubrir dónde se pueden encontrar las deficiencias del cribado en nuestro centro para subsanarlas.
La población diana son todas las gestantes controladas en nuestro hospital, y la intervención a realizar el CCPT.

MÉTODO
El CCPT es universal en Aragón, pero no disponemos de los resultados obtenidos en nuestro hospital.
El proyecto involucra tanto a Laboratorio como al Servicio de Obstetricia, contando además con la plataforma informática que nos presta servicio (SSD6). A través de reuniones trimestrales entre los miembros del equipo, se revisarán los cribados realizados y si hay algún dato que se desvíe de forma llamativa de los estándares.
Tras la obtención de los datos, podremos ofrecer información real de la sensibilidad del cribado en nuestro centro y mejorar la misma, obteniendo así retroalimentación de nuestro trabajo, que tan necesaria es para mejorar.

INDICADORES
Sensibilidad real del cribado.
Tasa de falsos positivos y negativos obtenidos. Revisión de los casos.
Valorar desviación de los estándares del cribado: bioquímica, ecografía.

DURACIÓN
Comenzar con los cribados realizados en el nuevo programa SSD6 (mediados de enero 2019)
Se requerirán al menos 6 meses para comenzar a tener resultados de la evolución de las gestaciones. Habrá reuniones trimestrales/ cuatrimestrales (aproximadamente Abril, Septiembre, Diciembre) para evaluar los resultados.
Presentar en diciembre los resultados obtenidos, pudiendo continuar anualmente después y proponiendo mejoras según los hallazgos encontrados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0859

1. TÍTULO

VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0871

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA CAÑIZARES OLIVER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA SIMON RAQUEL
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
GIL LAFUENTE OSCAR
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA
SIMON GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE
DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un plan estratégico para iniciar la informatización de los informes ecográficos con la colaboración de todo el servicio de obstetricia y servicio de informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente de resultados puesto que no se han podido elaborar aún informes informatizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de obtener resultados y, por ende, conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/871 ===== ***

Nº de registro: 0871

Título
INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GRACIA SIMON RAQUEL, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, GIL LAFUENTE OSCAR, DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA, SIMON GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE, DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente el desarrollo de los medios informáticos y el avance de la historia clínica electrónica es innegable, y la aportación a la misma de los informes de las ecografías obstétricas nos parece un aspecto necesario para complementar un correcto seguimiento del embarazo.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir la informatización de todas las ecografías obstétricas y la consiguiente introducción de la misma en la historia clínica electrónica.

MÉTODO

En la actualidad los informes de las ecografías están disponibles en la historia física, sin poder ser consultados en la historia clínica electrónica.
La oferta de servicios será la misma, pero la accesibilidad al informe puede ser muy ventajosa, tanto en nuestras consultas como en las derivaciones realizadas a nuestro centro de referencia o en las consultas de gestación realizadas desde atención primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0871

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

INDICADORES

Como indicador principal, la tasa de informatización de informes en las ecografías de primer trimestre y la ecografía morfológica.

DURACIÓN

El inicio de la informatización comenzaría en abril, tras la aprobación del informe y la disponibilidad del mismo en la historia clínica electrónica.

El equipo se reunirá cuatrimestralmente para expresar dudas, problemas o deficiencias del sistema. A final de año se presentarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0872

1. TÍTULO

RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL GARCIA SIMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicio de la base de datos para el registro de las pacientes tratadas con mifepristona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No analizado todavía

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/872 ===== ***

Nº de registro: 0872

Título
RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCION DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO

Autores:
GARCIA SIMON RAQUEL, BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, GIL LAFUENTE OSCAR, FRANCO SERRANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento médico del aborto es una opción terapéutica segura y eficaz, ofertada desde hace un tiempo a nuestra población. La novedad es la reciente aprobación de la mifepristona en nuestro centro, fármaco que aumenta las tasas de éxito del tratamiento. Creemos interesante conocer los resultados desde la introducción de este fármaco, así como la satisfacción de nuestras pacientes con esta opción

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivos nos hemos propuesto conocer las tasas de éxito del tratamiento médico del aborto, que según las recomendaciones de diferentes sociedades y organismos es el método de elección, por seguridad y repercusiones posteriores. Creemos también interesante conocer el grado de satisfacción de nuestras pacientes y los motivos por los que no desean el tratamiento médico en caso de elegir el legrado.

MÉTODO
Como ya se ha expuesto, el tratamiento médico ya se oferta en nuestro centro, pero la novedad es la incorporación de la mifepristona al mismo.
El proyecto consiste en obtener una base de datos con los abortos diferidos diagnosticados en nuestro centro, los tratamientos ofertados ajustados a la situación clínica, el resultado posterior y el grado de satisfacción medido mediante una encuesta básica entregada el día del alta del proceso.
El equipo se reunirá trimestralmente, para comprobar la correcta recogida de datos y resultados preliminares, y así subsanar posibles errores.
De esta manera podremos conocer nuestros resultados, las tasas de éxito del tratamiento médico y el grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0872

1. TÍTULO

RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

satisfacción, y así tener la oportunidad de mejorar en la atención a nuestras pacientes.

INDICADORES

Como indicador principal, la tasa de éxito del tratamiento médico del aborto diferido, entendiéndose como fracaso la necesidad de realizar legrado evacuador.

Como indicadores secundarios, se analizarán los casos que han requerido segunda tanda de tratamiento médico, y el grado de satisfacción subjetiva de nuestras pacientes, medidas con una breve encuesta entregada el día del alta

DURACIÓN

Comenzar recogiendo los datos y elaborando una base de datos de abortos diferidos desde abril de 2019.

Tras la recogida, realizar reuniones de equipo trimestrales para poner en común los datos y ver los puntos fuertes y débiles del proyecto, para así mejorarlo (aproximadamente junio, septiembre, diciembre).

Presentar en diciembre los resultados obtenidos, pudiendo continuar anualmente después y proponiendo mejoras según los hallazgos encontrados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0723

1. TÍTULO

REVISIÓN DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS CRÓNICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA DIAZ PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ROCHE TERESA
MOGOLLON DAZA MELISSA
LOPEZ VALVERDE GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2º y 3º trimestre de 2019 los miembros del proyecto que estábamos en activo llevamos a cabo reuniones en las que pusimos en común el manejo que individualmente realizábamos en algunas circunstancias clínicas crónicas que son objeto de valoración oftalmológica frecuente (Diabetes Mellitus, defectos refractivos, cirugía de catarata, lesiones retinianas, ambliopía). Se revisó bibliografía con la que actualizar y unificar las actuaciones que hasta el momento se hacían en el servicio, adaptando en algunos casos ese manejo a la población que asistimos en nuestro hospital (a menudo pacientes de edad avanzada, con limitaciones en el transporte desde sus localidades de origen en muchos casos...). El objetivo era intentar evitar revisiones que pudieran etiquetarse de innecesarias, y que además de ser en algunos casos incómodas para los pacientes sobrecargan la actividad en consultas. A medida que se avanzaba se iban implantando en la actividad diaria los cambios realizados, especialmente en el último trimestre del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al final del año se compararon las cifras de altas dadas en las consultas de Oftalmología en los últimos 3 meses de los años 2019, 2018 y 2017; los datos se obtuvieron a partir de las estadísticas realizadas con la información que diariamente se recoge al finalizar las consultas, quedando reflejados esos datos en el informe de actividad asistencial. Los resultados evidenciaron una clara tendencia al incremento en el número de altas llevadas a cabo en el último año, que casi dobla a las del año 2017 (10.6 % en el último trimestre de 2019, 6.67 % en el mismo periodo de 2017). Indirectamente, hemos observado una disminución en la demora existente en la atención en consultas tanto a nivel de revisiones como de primeras visitas (si bien en este caso ha influido también la estandarización de la consulta intervirtual con Atención Primaria, que permite en ocasiones evitar citas presenciales). Esperamos en cualquier caso que a lo largo de este año puedan mejorarse aún más los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha permitido evidenciar que es importante la unificación de criterios interfacultativos para una mejor asistencia, siempre adaptado a la población que se asiste. En algunos casos se modificó el manejo, en otras situaciones ha permanecido siendo el mismo . El proyecto ha dado pie a que en un futuro llevemos a cabo revisiones de otras situaciones clínicas cuyo manejo podamos optimizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/723 ===== ***

Nº de registro: 0723

Título
REVISION DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS CRONICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA

Autores:
DIAZ PEIRO SILVIA, MOGOLLON DAZA MELISSA, PEREZ ROCHE TERESA, LOPEZ VALVERDE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0723

1. TÍTULO

REVISIÓN DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS CRÓNICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente uno de los aspectos que son susceptibles de mejora en nuestro servicio es la importante demora existente en las citaciones de revisiones programadas, especialmente en las pendientes de revisión de 6 o más meses. Con objeto de disminuir dicha demora, se llevará a cabo la revisión y realización de protocolos para el manejo de algunas circunstancias clínicas con el objeto de unificar criterios y en lo posible aumentar el número de altas entre nuestros pacientes, priorizando en las revisiones programadas aquellas patologías donde una demora significativa podría conllevar un empeoramiento franco en la situación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar y elaborar nuevos protocolos para disminuir la variabilidad en el manejo de algunas patologías oftalmológicas, para poder aumentar el número de altas en algunas circunstancias crónicas y estables, de manera que de forma indirecta disminuya la presión y demora en el día a día de las consultas.

MÉTODO

Se analizará la situación actual de la demora media de las revisiones en consultas, a partir de los datos aportados por el servicio de citaciones. Se identificarán las patologías crónicas y situaciones clínicas en las que, tras su manejo inicial por el servicio de Oftalmología, pueda llevarse a cabo un seguimiento posterior a nivel de atención primaria. A través de sesiones entre los facultativos del servicio, se revisarán y actualizarán los protocolos de actuación y seguimiento de dichas patologías, unificando criterios entre los distintos miembros del servicio.

INDICADORES

Comparación de los porcentajes de altas en los meses previos a la aplicación de los protocolos revisados y los obtenidos posteriormente.

DURACIÓN

Desde enero a diciembre de 2019. Enero a abril: identificación de la situación de partida y elaboración de protocolos actualizados para las circunstancias y patologías previamente definidas. Aplicación del proyecto a medida que se van elaborando los protocolos, y evaluación e diciembre. Todos los miembros del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PAJARES BERNAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALO YAGUE MARTA
JIMENEZ RUBIANO BERTA
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR
BLANCAS COSTEA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado las hojas informativas de los antineoplásicos orales utilizados en la consulta de onco-hematología desde mayo de 2018 hasta diciembre de 2018, incluyendo los siguientes fármacos: abidaterona, enzalutamida, lapatinib, capecitabina, ciclofosfamida, palbociclib, etoposido, sunitinib, gefitinib, imatinib, crizotinib, erlotinib, ciclofosfamida, vinorelbina, everolimus y dabrafenib. La información detallada incluida en cada diptico informativo es la referente a la posología, forma de administración, efectos secundarios, precauciones, mantenimiento, interacciones farmacológicas y conservación de los fármacos, utilizando un lenguaje fácilmente entendible.

Desde enero de 2019 hasta febrero de 2019, se ha procedido a la entrega de este material escrito a aquellos pacientes que iniciaban un tratamiento antineoplásico oral, al mismo tiempo que recibía la información verbal y previa a la dispensación del tratamiento en el servicio de farmacia de nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha procedido a la entrega de los dipticos informativos a un total de 16 pacientes, con un cumplimiento del tratamiento, de las pautas de posología, forma de administración y conservación en el 100% de los casos. En lo referente a efectos secundarios, precauciones e interacción el porcentaje, el cumplimiento ha sido del 87,5% (14 pacinetes/ 16 pacientes incluidos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La administración de antineoplásicos orales aporta ventajas al paciente, dado que le permite una mayor autonomía y menor riesgo de complicaciones derivadas de accesos venosos. Esta autonomía implica un cumplimiento estricto y riguroso de las pautas médicas y farmacéuticas en domicilio. La información escrita en forma de dipticos mejora la adherencia al tratamiento y permite mejorar la actuación del paciente ante los efectos adversos derivados de la medicación.

7. OBSERVACIONES.

Posteriormente se remitiran los resultados definitivos con un mayor periodo de tiempo de inclusión y seguimiento de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/521 ===== ***

Nº de registro: 0521

Título
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Autores:
PAJARES BERNAD ISABEL, URIARTE PINTO MOISES, MALO YAGUE MARTA, JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, ESCOBAR RAMON MARIA JESUS, MUÑOZ PEÑA CRISTINA, SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR, BLANCAS COSTEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención farmacéutica al paciente onco-hematológico es una pieza clave en el proceso asistencial de estos pacientes.

En la actualidad el uso de fármacos antineoplásicos orales representa en torno al 25-30% de todos los agentes antitumorales utilizados.

La quimioterapia oral presenta ventajas para los pacientes ya que les confiere mayor autonomía, además de reducir el riesgo asociado al uso de vías centrales y catéteres.

Sin embargo, los antineoplásicos orales también suponen un reto para los profesionales sanitarios debido a varios motivos:

- Se debe asegurar una correcta adherencia al tratamiento (se sabe que la falta de adherencia es uno de los principales factores de fracaso terapéutico), no comprometida con la administración parenteral del tratamiento en Hospital de Día.
- La necesidad de establecer las correctas medidas de seguridad respecto al tratamiento de residuos tóxicos en el domicilio, motivado por la falsa sensación de inocuidad que genera el uso de la vía oral en un contexto que principalmente emplea la vía parenteral.
- Existe riesgo potencial de sobredosis accidental, al que hay que añadir las potenciales interacciones entre fármacos o fármacos-alimento.
- El propio paciente y/o sus cuidadores se implican en el tratamiento asumiendo la responsabilidad de la correcta administración, controlando la aparición de efectos adversos o alertando de posibles cambios en su medicación habitual que pueda interaccionar con su tratamiento antineoplásico.

A lo mencionado anteriormente, se debe sumar el impacto psicológico que supone el diagnóstico de estas patologías en estos pacientes, a los que además se les facilita mucha información por muchos profesionales diferentes.

Por todo ello, debemos proporcionar una correcta y completa información a los pacientes, además de intentar garantizar su correcta comprensión.

Disponer de información por escrito sobre los tratamientos que va a recibir, ayudará a los pacientes a comprender dicha información y, sobre todo, disponer de ella posteriormente cuando le puedan surgir dudas.

Por ello, con la colaboración de los servicios de Farmacia, Oncología y Hematología estamos trabajando en la elaboración y actualización de hojas estandarizadas de información al paciente (dípticos) para ser entregadas a los pacientes que inician tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar y actualizar hojas estandarizadas de información para ser entregadas a los pacientes que inician tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.

Las hojas incluirán información consensuada que describa las principales características del fármaco para asegurar su correcta administración y que permitan reconocer los principales efectos adversos, condiciones de conservación, etc. Todo ello con un lenguaje fácilmente comprensible.

MÉTODO

- Elaboración de las hojas de información de los nuevos antineoplásicos orales.
- Actualización de las ya existentes.
- Informar tanto de forma oral como escrita, mediante la entrega de los dípticos a los pacientes, en el propio acto de dispensación de la medicación en el Servicio de Farmacia a los pacientes que inician un nuevo tratamiento oral.

INDICADORES

- Informar al 100% de los pacientes con inicio de tratamiento o con cambio de antineoplásicos orales.
- o Pacientes informados que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento / Total de pacientes que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento.
- o Mínimo: 90%
- o Máximo: 100%

DURACIÓN

La duración del proyecto es anual.

El calendario previsto será el siguiente:

Abril-Mayo: elaboración y actualización de los dípticos.

Junio-Diciembre: Entrega de información 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 - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE BERTA JIMENEZ RUBIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
SERRANO GARCIA CRISTINA
MOLINA MORENO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del programa de asistencia telefónica, se han recibido un total de 30 llamadas únicamente, distribuidas en los 2 primeros meses desde el inicio del proyecto. Realizamos encuesta de satisfacción a todos los usuarios que identificamos y que acudieron en el 100% de los casos a los Servicios de Urgencias, clasificamos dichas consultas en las tres categorías referidas en el proyecto inicial (mal control de síntomas, toxicidad a los tratamientos o claudicación del paciente y/o familiares) y las correlacionamos con el porcentaje de pacientes que finalmente ingresaron por presentar criterios de gravedad. Finalmente, proponemos diferentes estrategias de mejora en la calidad asistencial del paciente onco-hematológico.-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la puesta en marcha del proyecto, realizamos difusión del mismo mediante dípticos informativos y a través de la Radio (SER Calatayud) para que todos los pacientes que reciben tratamiento o son seguidos en nuestro Centro conociesen la disponibilidad de esta herramienta de soporte. En el caso de los dípticos, fueron entregados a todos los pacientes durante su primera visita en el Servicio de Oncología Médica o a aquellos que recibían tratamiento activo antineoplásico o Cuidados Paliativos. Como hemos comentado en el apartado anterior, se han realizado aproximadamente 30 llamadas, concentradas fundamentalmente en los meses de Julio y Agosto. Posteriormente, el número de llamadas recibidas ha ido decreciendo (1 o 2 en el mes de Diciembre de 2018), no habiéndose registrado ninguna desde el mes de Enero de 2019. En el 97% de los casos, los pacientes fueron remitidos al Servicio de Urgencias de nuestro Centro. No recibimos ningún correo desde el equipo de soporte de Oncocare para evaluación preferente de los pacientes. El 95% de los pacientes realizaron la encuesta de satisfacción, puntuando la asistencia recibida. El grado de satisfacción es muy bajo hasta el momento actual (65% del total de los pacientes puntuaron el Servicio con un 2 o poco satisfecho, 15% nada satisfechos y el 20% restante lo calificó como aceptable o indiferente, siendo la puntuación de 3).. Hemos distribuido los principales motivos de consulta en los 3 apartados descritos con anterioridad: 65% por mal control de síntomas, principalmente dolor y disnea, y el 35% restante por toxicidad a los tratamientos recibidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que el programa de asistencia telefónica Oncocare ha sido implantado con éxito en 15 Centros sanitarios de todo el país y su puntuación global, valorada por los pacientes es de 8,9, en nuestro caso, podemos concluir hasta el momento actual (aún no ha finalizado el periodo previsto de análisis) que no ha modificado ni impactado de forma significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Ningún caso se resolvió telefónicamente y todos los pacientes salvo 1, acudieron finalmente al Servicio de Urgencias. Dada la complejidad creciente del manejo del paciente oncológico con la introducción de la inmunoterapia y terapias dirigidas deducimos, en base a la escasa adherencia a dicho Servicio de asistencia telefónica, que los pacientes prefieren la asistencia física y preferiblemente por un oncólogo médico. Los facultativos que pertenecen a dicho sistema de apoyo telefónico no son especialistas en Oncología Médica, y este puede ser un punto importante de mejora, ya que los facultativos adscritos al programa son F.E.As de Atención Primaria y Comunitaria. Desconocemos si el tratarse de un área de asistencia fundamentalmente rural con importante dispersión geográfica ha sido un factor determinante en la no adherencia al servicio de asistencia. En base a estos resultados y la ausencia de impacto en la calidad de vida de los pacientes, proponemos la existencia de dicho Servicio pero al frente de especialistas de Oncología Médica (guardias no presenciales...) y la creación de una Consulta de Enfermería Oncológica que filtre y estandarice las necesidades y cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Dada la escasa adherencia observada, insistiremos en la difusión por parte de nuestro Servicio, tanto por parte de los FEA, DUE y TACE y realizaremos una encuesta a los pacientes que reciben tratamiento oncológico activo para valorar la idoneidad de permanencia de dicho Servicio y las propuestas de mejora en la asistencia de este grupo especial de pacientes de manejo tan complejo. Los resultados serán comunicados en la memoria final del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1166 ===== ***

Nº de registro: 1166

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Título

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Autores:

JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, SERRANO GARCIA CRISTINA, MOLINA MORENO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el distrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados. Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención P^a, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte. Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional. Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias. Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.
- Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).
- Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

MÉTODO

- Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).
- Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o distrés emocional.
- Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora, como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

INDICADORES

Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema

-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%

-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

DURACIÓN

Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019. Exposición de los resultados en Julio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE BERTA JIMENEZ RUBIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
SERRANO GARCIA CRISTINA
MOLINA MORENO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del programa de asistencia telefónica, se han recibido un total de 42 llamadas únicamente, distribuidas entre los 2 primeros meses desde el inicio del proyecto y posteriormente tras realizar mayor difusión del procedimiento, los 3 meses posteriores al mismo. Realizamos encuesta de satisfacción a todos los usuarios que identificamos y que acudieron en el 100% de los casos a los Servicios de Urgencias, clasificamos dichas consultas en las tres categorías referidas en el proyecto inicial (mal control de síntomas, toxicidad a los tratamientos o claudicación del paciente y/o familiares) y las correlacionamos con el porcentaje de pacientes que finalmente ingresaron por presentar criterios de gravedad. Finalmente, proponemos diferentes estrategias de mejora en la calidad asistencial del paciente onco-hematológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la puesta en marcha del proyecto, realizamos difusión del mismo mediante dípticos informativos y a través de la Radio (SER Calatayud) para que todos los pacientes que reciben tratamiento o son seguidos en nuestro Centro conociesen la disponibilidad de esta herramienta de soporte. En el caso de los dípticos, fueron entregados a todos los pacientes durante su primera visita en el Servicio de Oncología Médica o a aquellos que recibían tratamiento activo antineoplásico o Cuidados Paliativos. Como hemos comentado en el apartado anterior, se han realizado aproximadamente 42 llamadas, concentradas fundamentalmente en los meses de Julio y Agosto, y posteriormente en el último trimestre del año. Posteriormente, el número de llamadas recibidas ha ido decreciendo (2 en el mes de Diciembre de 2018 y último trimestre de 2019), no habiéndose registrado ninguna desde el mes de Noviembre de 2019. En el 97% de los casos, los pacientes fueron remitidos al Servicio de Urgencias de nuestro Centro. No recibimos ningún correo desde el equipo de soporte de Oncocare para evaluación preferente de los pacientes. El 95% de los pacientes realizaron la encuesta de satisfacción, puntuando la asistencia recibida. El grado de satisfacción es muy bajo hasta el momento actual (65% del total de los pacientes puntuaron el Servicio con un 2 o poco satisfecho, 15% nada satisfechos y el 20% restante lo calificó como aceptable o indiferente, siendo la puntuación de 3).. Hemos distribuido los principales motivos de consulta en los 3 apartados descritos con anterioridad: 65% por mal control de síntomas, principalmente dolor y disnea, y el 35% restante por toxicidad a los tratamientos recibidos. A pesar de que el programa de asistencia telefónica Oncocare ha sido implantado con éxito en 15 Centros sanitarios de todo el país y su puntuación global, valorada por los pacientes es de 8,9, en nuestro caso, podemos concluir hasta el momento actual (aún no ha finalizado el periodo previsto de análisis) que no ha modificado ni impactado de forma significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Ningún caso se resolvió telefónicamente y todos los pacientes salvo 1, acudieron finalmente al Servicio de Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la complejidad creciente del manejo del paciente oncológico con la introducción de la inmunoterapia y terapias dirigidas deducimos, en base a la escasa adherencia a dicho Servicio de asistencia telefónica, que los pacientes prefieren la asistencia física y preferiblemente por un oncólogo médico. Los facultativos que pertenecen a dicho sistema de apoyo telefónico no son especialistas en Oncología Médica, y este puede ser un punto importante de mejora, ya que los facultativos adscritos al programa son F.E.As de Atención Primaria y Comunitaria. Desconocemos si el tratarse de un área de asistencia fundamentalmente rural con importante dispersión geográfica ha sido un factor determinante en la no adherencia al servicio de asistencia. En base a estos resultados y la ausencia de impacto en la calidad de vida de los pacientes, proponemos la existencia de dicho Servicio pero al frente de especialistas de Oncología Médica (guardias no presenciales...) y la puesta en marcha de una Consulta de Enfermería Oncológica que filtre y estandarice las necesidades y cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

La consulta de Enfermería oncológica se pone en marcha el próximo mes, con el objetivo de disminuir las visitas no necesarias al Servicio de Urgencias y por ende, impactar de manera positiva en nuestros pacientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1166 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

Nº de registro: 1166

Título
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Autores:
JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, SERRANO GARCIA CRISTINA, MOLINA MORENO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el estrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados. Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención P³, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte. Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional. Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias. Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.
- Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).
- Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

MÉTODO

- Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).
- Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o estrés emocional.
- Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.

-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora, como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

INDICADORES

Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema

-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%

-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

DURACIÓN

Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019. Exposición de los resultados en Julio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0805

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA BLANCAS COSTEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO SANCHEZ SONIA
URIARTE PINTO MOISES
JIMENEZ ALHAMBRA MANUELA
MOLIAS QUILEZ LAURA
RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL
SERRANO GARCIA CRISTINA
REMACHA CABEZA MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización del procedimiento ante derrames y exposición accidental de agentes citostáticos
- Realización del algoritmo de actuación
- Preparación del kit de derrames en cada unidad (farmacia y hospital de día-oncología)
- Puesta en marcha y difusión a los profesionales de dicho procedimiento en ambos servicios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Registro de derrames: no ha habido ningún caso durante el año.
- Seguimiento del procedimiento y evaluación del mismo: no se aplica al no haber ningún caso de derrames.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración del procedimiento ante derrames y exposición accidental de agentes citostáticos ha sido un beneficio para nuestros servicios, dado que somos los profesionales que manipulamos y estamos en contacto con agentes citostáticos y vemos necesario actualizar y disponer de un algoritmo y de un procedimiento para seguir todos la misma línea; incluyendo también al personal de transporte y de tratamiento de residuos.
Por ahora, no ha sido necesario utilizarlo pero estamos más seguros disponiendo de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/805 ===== ***

Nº de registro: 0805

Título
PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
BLANCAS COSTEA ANA MARIA, VALERO SANCHEZ SONIA, URIARTE PINTO MOISES, JIMENEZ ALHAMBRA MANUELA, MOLIAS QUILEZ LAURA, RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL, SERRANO GARCIA CRISTINA, REMACHA CABEZA MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROYECTO DIGIDO A LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, en nuestros servicios se manipulan gran cantidad de sustancias, tanto antineoplásicos, como de tipo hormonal o biológico. Destacar que los avances científicos, traen consigo el surgimiento de nuevos productos y de nuevas aplicaciones de los existentes; así como la administración de los mismos en nuevos escenarios (ej. Domicilio).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0805

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

La exposición a citostáticos en el ámbito sanitario no implica exclusivamente al personal sanitario (áreas de preparación de citostáticos -farmacia- y de administración -enfermería) sino que también puede afectar al personal de transporte y tratamiento de residuos, así como personal auxiliar y de la limpieza, por contacto con excretas de pacientes sometidos a quimioterapia o en caso de accidentes (vertidos, salpicaduras o punciones).

Estos hechos justifican la elaboración de un procedimiento actualizado de actuación ante derrames y exposición accidental a agentes citostáticos para el Hospital de Día Oncológico y el Servicio de Farmacia del Hospital de Calatayud; por ser los servicios cuyos profesionales están en contacto con agentes citostáticos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un procedimiento de actuación ante derrames y exposición accidental a sustancias citostáticas en nuestro Hospital.
- Preparación de un kit de derrames, que se ubicara tanto en el Servicio de Farmacia como en el Hospital de Día Oncológico de nuestro Hospital.
- Difusión del procedimiento a personal, tanto sanitario como no sanitario, de ambos servicios.

MÉTODO

- Revisión de bibliografía en referencia al procedimiento a realizar.
- Elaboración del procedimiento de actuación ante derrames y exposición accidental a sustancias citostáticos.
- Elaboración del algoritmo de actuación.
- Preparación del kit de derrames.
- Difusión del procedimiento a los trabajadores de ambos servicios (farmacia y hospital de día-oncología)

INDICADORES

Los indicadores que se usaran en la evaluación son los siguientes:

- Registro derrames: nº derrames registrados/ nº derrames totales X 100
- Seguimiento protocolo, en caso de derrame; y evaluación, en caso de haberlo utilizado: nº derrames con seguimiento correcto protocolo / nº derrames totales X 100

DURACIÓN

El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:

- Abril: Revisión de literatura.
- Mayo - Agosto: Síntesis de información recogida, y elaboración del procedimiento; y en base a esto se preparará el kit de derrames.
- Septiembre: Difusión y puesta en marcha.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA VALERO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
MOLIAS QUILEZ LAURA
SERRANO GARCIA CRISTINA
JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA
PAJARES BERNAD ISABEL
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Implantación de la consulta de Enfermería Oncológica
- Adecuación del espacio físico y de toda infraestructura necesaria para la ubicación de la consulta e inicio de su actividad.
- Elaboración de la guía de acogida, recomendaciones de enfermería para pacientes y familiares, instrucciones de actuación ante determinados síntomas producidos por los tratamientos citostáticos,
- Definición del sistema informático a utilizar y la documentación necesaria de enfermería para el desarrollo correcto de la consulta de acogida y sucesivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Ubicación adecuada de la consulta de Enfermería.
- Desarrollo del organigrama del funcionamiento de la unidad de Oncología.
- La evaluación de los indicadores la realizaremos al finalizar este año 2020 tras la recogida de datos durante este mismo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado que es una memoria de seguimiento, no hemos podido realizar conclusiones del proyecto. Durante este año 2020 se realizarán.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1170 ===== ***

Nº de registro: 1170

Título
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
VALERO SANCHEZ SONIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, MOLIAS QUILEZ LAURA, SERRANO GARCIA CRISTINA, JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA, PAJARES BERNAD ISABEL, ZAPATA LOPEZ ANA BELEN, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer es un problema de salud cada día más frecuente por lo que requiere un abordaje multidisciplinar, tanto en diagnóstico como en tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

El cáncer, por sus características y la complejidad del tratamiento, hace que el paciente y familia requieran gran cantidad de recursos y asistencia sanitaria recurrente. Como consecuencia del aumento del número de pacientes atendidos en Hospital de Día Oncológico y del incremento de las necesidades de apoyo e información por parte de los mismos y la familia, se plantea crear un espacio donde dar respuesta a dichas necesidades. Este espacio será la Consulta de Enfermería Oncológica; que supone un nuevo reto para el profesional de enfermería del Hospital de Día de Oncología. El propósito será el abordaje integral del enfermo, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta que se termine su proceso con el alta del servicio; incidiendo en dos pilares fundamentales, que son la personalización de la asistencia y la continuidad de los cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar una atención integral e individualizada del paciente oncológico y su familia.
- Fomentar la implicación en el autocuidado por parte del paciente, familia y/o cuidadores.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con un modelo de actuación enfermera común.
- Garantizar la continuidad de cuidados.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el Hospital de Día de Oncología.

MÉTODO

- 1- Implantación de la Consulta de Enfermería Oncológica que llevara a cabo las siguientes actividades:
 - Primer contacto con el paciente (CONSULTA DE ACOGIDA): Se realizará tras la primera visita a la Consulta Médica de Oncología.
 - Consulta sucesiva: Se llevará a cabo un seguimiento según las indicaciones de enfermería, y también podrá ser demandada por el paciente o su familia.
- 2- Elección de espacio físico y e infraestructura (mobiliario, red informática, teléfono, camilla...) para el desarrollo de la consulta enfermera.
- 3- Elaboración de guías de acogida, recomendaciones para paciente y familiares, instrucciones de actuación ante determinados síntomas, manuales informativos...etc
- 4- Definir sistema de registro y documentación de enfermería necesaria para desarrollar la consulta de acogida y sucesiva.

INDICADORES

-INDICADOR 1.

% De pacientes atendidos en la consulta de enfermería de acogida.

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes atendidos en la consulta de acogida de enfermería (primer día)

Denominador: N° total de pacientes atendidos en la consulta de oncología médica

Fuente: Registro de pacientes nuevos de enfermería y HPHISS

Frecuencia de medición: anual

Muestreo y tamaño de la muestra: población total

Estandar: > 80%

- INDICADOR 2.

N° de intervenciones en consulta de enfermería por mes.

DURACIÓN

- El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:
- Enero: Revisión de literatura
- Febrero-Marzo: Elaboración de documentación de acogida de paciente oncológico.
- Abril-Mayo: Difusión y puesta en marcha de la Consulta de Enfermería Oncológica.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROMERA SANTA BARBARA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALLEGO VELA SANTIAGO
PARRA FORMENTO JESUS
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
MARTINEZ ANDALUZ CARLA
MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con fecha 2/4/2018 se realiza una reunión entre el servicio de Pediatría y el servicio de enfermería para explicar la implantación del cribado de cardiopatías críticas a todos los recién nacidos. Para ello se realiza un protocolo, se cuelgan varios carteles por la planta con el algoritmo de actuación y se explica al personal de enfermería cómo se ha de realizar el protocolo. Nos han facilitado dos pulsioxímetros que ya llevan incorporado el software para realizar directamente la medición, y se establece que se realizará a las 24h de vida de los recién nacidos, y se dejarán recogidos los datos de forma informática.

La semana siguiente se explica la implantación del protocolo a los pediatras de atención primaria y se comunica que el resultado llegará sellado en la cartilla de vacunación. A partir del 11/4/2018 comenzamos a realizarlo a todos los recién nacidos.

Previo a la realización de la prueba se explica a los familiares en qué consiste la prueba, el carácter inocuo de la misma y como interpretar los resultados, y al alta se comunica a los padres el resultado de la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió realizar el cribado de cardiopatía congénita crítica a 167 recién nacidos durante el periodo del 11 de abril de 2018 al 8 de febrero de 2019, de los cuales el 55,68% eran mujeres, y el 44,32% restante eran varones. El resultado dio negativo en el 100% de los neonatos estudiados, si bien el 80,5% lo hizo en primera medición, el 15,5% dio negativo en la segunda medición y el otro 4% hubo que realizar hasta 3 mediciones para que saliera el resultado negativo.

Un 3% de los pacientes fueron remitidos para estudio por cardiología al diagnosticarse soplo neonatal, con resultado negativo del test de cribado, y que también dio resultado negativo al realizar el test de cribado en el centro de referencia.

La saturación preductal media fue de 96,41% y la postductal media fue de 97,37%. La diferencia de saturación pre y postductal estuvo entre 0-1% en el 50% de los pacientes, entre 1-2% en el 25,7% y entre 2-3% en el 24,3% de los neonatos estudiados. Los indicadores utilizados

El primer indicador, que fue número de recién nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetría/ número total de recién nacidos vivos, se ha cumplido en el 98,8% de los casos, superando el estándar previsto. Los otros 2 indicadores no se han podido evaluar, al ser todos los resultados negativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde la implantación del protocolo, ha sido un cribado ampliamente aceptado por todo el personal y sin complicaciones en cuanto a la aplicación.

Dado que la muestra de recién nacidos todavía no es muy numerosa, los resultados deben interpretarse con cautela. La aplicación de dicho cribado neonatal ayuda a mejorar la asistencia a los recién nacidos, además de la satisfacción obtenida por parte de las familias. Es una técnica fácil de realizar y con resultados sencillos de interpretar, sin aumentar los costes, ya que el pulsioxímetro es un dispositivo necesario en cualquier planta de pediatría.

Debemos continuar realizando dicho cribado para asegurar una completa asistencia a los recién nacidos, ampliar la muestra para continuar con el estudio y poder detectar cardiopatías que precisarían diagnóstico y tratamiento precoz, para así disminuir la mortalidad neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/196 ===== ***

Nº de registro: 0196

Título
CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

Autores:
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, GALLEGO VELA SANTIAGO, PARRA FORMENTO JESUS, LAFUENTE HIDALGO MIGUEL, MARTINEZ ANDALUZ CARLA, MARTINEZ BENEDI ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: cardiopatías congénitas críticas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las cardiopatías congénitas críticas son una patología muy grave que afecta a los recién nacidos, y que precisa un diagnóstico precoz, que permita iniciar tratamiento en las primeras horas de vida, y evitar el fallecimiento del recién nacido.

la incidencia de cardiopatías congénitas es de 75/1000 recién nacidos vivos, y el 30% de dichas cardiopatías se detecta tardíamente.

Es importante tanto su diagnóstico prenatal, como posnatal muy precoz; sin embargo, tanto el diagnóstico por ecocardiografía fetal como la exploración física del recién nacido pueden ser insuficientes para diagnosticar un número importante de estas cardiopatías. El cribado de cardiopatías congénitas críticas mediante el uso de pulsioximetría ha demostrado ser un método eficaz, no invasivo y de bajo coste, además de bien tolerado, para detectar a recién nacidos asintomáticos y afectados de dichas cardiopatías en las primeras horas después del nacimiento.

Dicho cribado ha sido recomendado en los estándares de la sociedad española de neonatología y se está implantando de forma progresiva en todos los hospitales de la comunidad.

Consiste en la colocación de un pulsioxímetro preductal (mano derecha del recién nacido) y postductal (mano izquierda, o cualquiera de las extremidades inferiores), entorno a las 24 horas de vida, valorando los niveles de saturación de oxígeno.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo consiste en detectar aquellos recién nacidos asintomáticos, con cardiopatía congénita crítica no detectada en diagnóstico prenatal y que se beneficiaran de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Se aplicará a todos los recién nacidos de la Unidad de Pediatría y Materno-infantil, que nazcan entre los periodos del 1/5/2018 al 1/5/2019.

MÉTODO

Para la aplicación del protocolo será necesario la monitorización de la saturación de oxígeno por pulsioximetría entorno a las 24h de vida de todos los recién nacidos de la unidad.

Para ello serán necesarias sensores de oximetría neonatales, que se acoplen a los pulsioxímetros de la unidad, y que sean desechables. Se establecerá como normal una saturación de es=95% en mano derecha y pie o=95% en alguna de las extremidades y la diferencia es =3% entre ambas localizaciones .

El valor absoluto de positividad en saturación es <90% en mano derecha o pie, o ante la presencia de síntomas. En esta situación el recién nacido será trasladado a la unidad de cardiología infantil de referencia (H. Infantil Miguel Servet) para valoración ecográfica urgente-preferente.

Si los valores se encuentran entre el 90 y el 94% en mano derecha o pie, o la diferencia entre ambos es >3%, repetir en 30 minutos. Si tras la segunda determinación el recién nacido sigue presentando una saturación del 90-94% en mano derecha o pie, o una diferencia entre ambos >3%, se considerará positivo, y precisará valoración por cardiología infantil.

Previo a la instauración del protocolo, el algoritmo de actuación se explicará a todo el personal de la unidad, así como a los pediatras de los centros de salud del sector, para que sean informados de su implantación, y del manejo de los pacientes. Se realizará formación del personal de enfermería encargado de la realización de dicha valoración.

El valor obtenido de pulsioximetría quedará registrado en la cartilla de salud Infantil que se les entrega a los padres, así como la fecha de realización.

Cada 3 meses, se realizará reunión entre la supervisora de enfermería y la coordinadora del proyecto, para registrar incidencias.

Se realizará un registro anual de los datos obtenidos.

INDICADORES

- 1.- Número de recién nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetría/ número total de recién nacidos vivos
- 2.- Número de recién nacidos con prueba positiva/ número total de recién nacidos vivos
- 3.- Número de recién nacidos con cardiopatía confirmada posteriormente por ecocardiografía /número de recién

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

nacidos con prueba positiva

DURACIÓN

Se comenzará a implantar la realización de pulsioximetría y el registro el 2/5/2018. previa a esta fecha, se dará un curso de formación para enfermería y se hará una reunión con los pediatras de atención primaria del sector para que conozcan la implantación del registro.
A los 3 meses se realizará reunión con la responsable de enfermería para valoración y resolución de problemas que hayan surgido.
a los 6 meses, una evaluación provisional de resultados,
A los 12 meses, nueva evaluación memoria con los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEADO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-RECOPIACIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICAS DE CADA FÁRMACO A INCLUIR EN LA GUIA EN EL CIMA: CENTRO DE INFORMACIÓN ONLINE DE MEDICAMENTOS DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS- AEMPS
- REVISIÓN DE DUDAS SURGIDAS EN LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ELABORAR LAS FICHAS EN CUANTO A ESTABILIDAD, COMPATIBILIDADES, ETC CON FARMACEUTICO DEL HOSPITAL.
- REUNIÓN DE EQUIPO PARA PUESTA EN COMÚN Y DAR FORMATO A UN PRIMER BORRADOR.

-EN LOS MESES PREVISTOS.
-MEDIOS INFORMÁTICOS DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- EL PROYECTO ESTÁ EN SEGUIMIENTO HASTA EL MOMENTO LAS ACTIVIDADES QUE SE HAN IDO REALIZANDO SE VAN AJUSTANDO AL OBJETIVO DE QUE EXISTA UN MANUAL QUE NOS AYUDE DURANTE LA UTILIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS EMPLEADOS EN ESTÁ UNIDAD CON MAYOR SEGURIDAD.

-NOS HA PERMITIDO SOLICITAR Y DISPONER DE EQUIPOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES PARA BOMBA DE PERFUSION, DE LO CUALES NO DISPONIAMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO ESTÁ EN SEGUIMIENTO,
- UNA DE LAS MEJORAS CONSEGUIDAS QUE YA ESTA PATENTE EN NUESTRA UNIDAD ES CONTAR CON EL MATERIAL ADECUADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES PARA QUE NO ALTERE SU EFECTIVIDAD.

Y LA SEGURIDAD AL PREPARAR LAS PERFUSIONES YA QUE EMPEZAMOS A CONTAR CON INFORMACIÓN SOBRE ESTABILIDAD, COMPATIBILIDADES QUE HASTA AHORA NO TENIAMOS.
- QUEDA PENDIENTE ELABORAR EL MANUAL DEFINITIVO.
-DURANTE LA ELABORACIÓN DEL MISMO SE HA PROPUESTO UN NUEVO PUNTO:
LA ELABORACIÓN DE UN DÍPTICO/TABLA DE BOLSILLO PLASTIFICADO PARA CADA ENFERMERO/A DE LA UNIDAD COMO CONSULTA RÁPIDA EN LOS MOMENTOS DE EMERGENCIA EN QUE HAYA QUE REALIZAR SOPORTE VITAL AVANZADO.

7. OBSERVACIONES.

HE PARTICIPADO EN ANTERIORES CONVOCATORIAS Y TODO CORRECTO.
PERO EN ESTA CONVOCATORIA DE 2016, NO HUBO NOTIFICACIÓN CORREO ELECTRÓNICO DE LA SELECCIÓN DEL PROYECTO COMO EN OTRAS CONVOCATORIAS LO CUAL ES MUY ÚTIL PARA PODER LLEVAR A CABO TODO EL PROYECTO Y CUMPLIR EL CALENDARIO PREVISTO.
HA INFLUIDO MUCHO EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO QUE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN SOBRE PROYECTOS SELECCIONADOS SE REALIZÓ EL MARTES 12 DE DICIEMBRE DE 2017 SIENDO LA CONVOCATORIA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidon), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LASTRA VILLAR ROCIO
SAEZ AGUDO FELICIDAD
CERDAN MORENO LAURA
DE MARCO MURO CRISTINA
GARCIA TOBAJAS EVA MARIA
PARDO HERNANEZ MARIA PILAR
LABORDA HIGES FATIMA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se ha realizado a través de la Comisión de enfermería de lesiones por presión y heridas crónicas del Sector Calatayud, para ello se han mantenido las siguientes reuniones:

- 6 de marzo 2018
- 19 de marzo 2018
- 10 de abril 2018
- 17 de abril 2018
- 24 de abril 2018
- 8 de mayo 2018
- 15 de mayo 2018

Método de trabajo:

- Planificación, distribución de tareas, búsqueda bibliográfica y elaboración de un primer borrador del documento.
- Lectura y revisión continua del documento actualizando las últimas evidencias científicas.
- Se realiza una revisión de los registros enfermeros actuales "seguimiento y evolución de lesiones por presión" y se implanta un nuevo registro relacionado con las medidas preventivas "cambios posturales personalizados". Elaboración de un "protocolo de bolsillo" para facilitar la consulta de todos los profesionales enfermeros.
- Revisión y actualización de guía de productos disponibles en el Sector para cura de LPP y heridas crónicas
- Elaboración de una guía de prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas para profesionales de nueva incorporación en el hospital.
- Aprobación del Protocolo de Prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas en comisión de dirección.
- Preparación de la actividad formativa para la difusión e implantación del protocolo en el Sector.
- Realización del curso el 29 de mayo. Acreditado por la comisión de formación continuada con 0.8 créditos al que se inscribieron 53 profesionales del Sector y lo realizaron 30. Debido al gran número de inscripciones, se celebrará una segunda edición en 2019 para formar al resto del personal inscrito en la primera edición.
- Se mantienen varias reuniones de equipo con todas las supervisoras del Hospital para informar de la puesta en marcha y aprobación del protocolo. Cada supervisora reúne a su vez al personal de su unidad para darlo a conocer.
- Difusión como noticia en la intranet del hospital para darlo a conocer a todos los profesionales (mayo 2018)
- Inclusión en el apartado de "Enfermería", "procedimientos" en la intranet para facilitar su consulta, lectura o impresión a todos los profesionales (mayo 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CONTRATO PROGRAMA 2018/ EVALUACIÓN

INDICADOR 1:

Definición:

Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton =14) que han desarrollado una lesión por presión (LPP Intrahospitalarias)

Fórmula $\frac{[a] / [b]}{1} * 100$:

a) N° de pacientes que han desarrollado una LPP intrahospitalaria con Norton =14

b) N° de pacientes con hospitalizados con Norton = 14 (hojas de registro y seguimiento de LPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)

Fuente: 1º- Hojas de registro y seguimiento de LPP (296 Hojas en 2018)

Monitorizado: Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial

Periodicidad:Anual

Interpretación: Seguridad

Estándar: 3 - 10 %

EL RESULTADO EN 2019 HA SIDO 9,8% (25/254 x 100)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

INDICADOR 2:

Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas:

- Actividad formativa acreditada dirigida al personal de enfermería del Sector el 29 de Mayo: 30 alumnos.
- Talleres formativos en unidad de MI del hospital para personal continuo y de nueva incorporación.

Junio: 30 alumnos

- Sesiones clínicas en AP: 50

TOTAL: 110 PROFESIONALES FORMADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN MEDIANTE LA FORMACIÓN, DE ESTE PROTOCOLO HA SUPUESTO UNA MEJORA EN LOS RESULTADOS DEL INDICADOR 1 (14,19 % EN 2017 Y 9,8% EN 2018). EL GRAN NÚMERO DE PROFESIONALES FORMADOS Y LA DEMANDA HACE NECESARIO REPETIR LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS EN 2019.

TAMBIÉN SE HAN DADO A CONCOER GUÍAS DE MATERIALES Y DE USO DE MATERIALES PARA FACILITAR Y MEJORAR SU USO EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/66 ===== ***

Nº de registro: 0066

Título

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

Autores:

GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, LASTRA VILLAR ROCIO, SAEZ AGUDO FELICIDAD, CERDAN MORENO LAURA, DE MARCO MURO CRISTINA, GARCIA TOBAJAS EVA MARIA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, LABORDA HIGES FATIMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevención, tratamiento y curación de las heridas forma en nuestros días, un pilar fundamental en la práctica enfermera siendo prioridad en investigación, formación y gestión por parte de los profesionales de enfermería. Las lesiones por presión y heridas crónicas constituyen un problema de salud que afecta a una amplia población de edades diversas, conlleva un importante gasto económico e implicación social afectando en diversa medida a la calidad de vida del paciente y su entorno.

El abordaje de estas heridas a través de la elaboración, implantación y difusión de un protocolo único en el Sector asegura la disminución de la variabilidad clínica y el buen uso de los recursos disponibles, consiguiendo que las heridas crónicas de muy larga evolución dejen de serlo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Normalizar los cuidados para la prevención y tratamiento de las LPP y heridas crónicas de acuerdo a las últimas evidencias científicas, favoreciendo la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

- Disminuir la incidencia de las LPP y heridas crónicas como indicador de calidad de los cuidados enfermeros.

- Implementar una herramienta de trabajo unificada para todos los profesionales del Sector de Calatayud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

MÉTODO

- Reuniones de la comisión de LPP del sector para planificar, distribuir tareas, búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo de prevención y tto de LPP y heridas crónicas.
- Actualización de registros enfermeros relacionados con las medidas preventivas de las LPP (cambios posturales personalizados)
- Difundir e informar sobre uso y manejo de materiales para cura de heridas del sector (guía de materiales)
- Consolidación de la consulta de enfermería quirúrgica en el hospital Ernest Lluch en el tratamiento y seguimiento de LPP y heridas crónicas.
- Difusión del protocolo mediante talleres dirigidos a los profesionales de enfermería del sector Calatayud.

INDICADORES

1º-Indicador: Porcentaje de pacientes con una valoración Norton = 14 que han desarrollado una UPP

Definición Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton = 14) que han desarrollado una úlcera por presión (UPP Intrahospitalarias)

Fórmula $[a / b] * 100$

a) Nº de pacientes que han desarrollado una UPP intrahospitalaria (también los Norton > 14)

b) Nº de pacientes con riesgo de desarrollar una UPP (hojas de registro y seguimiento de UPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)

Fuente 1º- Hojas de registro y seguimiento de UPP

2º- Monitorizado. Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial

Observaciones 1º- Nº de hojas de seguimiento enviadas a la unidad de Calidad. Colaborando con el seguimiento del Protocolo de Prevención y tratamiento de UPP, cada unidad de hospitalización incluidas UMI y UCE remiten a la Unidad de Calidad mensualmente las hojas de registro y seguimiento de UPP.

2º- Se considera úlcera a partir de GRADO I: enrojecimiento

3º- Solo se contabilizarán las úlceras que se producen en el Centro durante su estancia en el mismo.

Periodicidad Anual

Interpretación Seguridad

Estándar: 3 - 10 %

2ºIndicador: Porcentaje de pacientes identificados como Dependientes/Inmovilizados con valoración del riesgo de ulceración en el último año (%) en Atención Primaria.

Definición Proporción de pacientes con diagnóstico de dependiente o de inmovilizado y una valoración Barthel = 60, que al menos tiene un registro de riesgo de ulceración, en el último año. (UPP en Atención Primaria)

Fórmula Numerador (SERV_326): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodo de evaluación (último año)

Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) o con diagnóstico de inmovilizado (A28 o L28) y con una valoración Barthel (DGP "DVFUNCIO") entre 1 y 60 y algún registro en el periodo de evaluación (último año)

Fuente OMI-AP

Observaciones

Periodicidad Anual

Interpretación Estándar: 60 - 80 %

3º- Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas.

DURACIÓN

Elaboración y aprobación del documento: 2017 hasta 1er trimestre 2018

Difusión mediante talleres de registros enfermeros, guía de materiales y protocolo: 2º Trimestre 2018

Evaluación de resultados e indicadores: 3er trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

URIARTE PINTO MOISES
RODRIGO PEREZ MARIA MAR
CARNICERO GIMENO LAURA
GUTIERREZ CATALAN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Difusión e implantación de los protocolos aprobados por la dirección del centro, sobre preparación y mantenimiento de los carros de RCP y circuito de actuación ante una parada cardiorespiratoria en el hospital.
- Desarrollar un programa formativo basado en:
. Dotar a los profesionales de conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de RCP
. Capacitar a los profesionales para ejecutar maniobras específicas y adecuadas en pacientes con alteraciones de la salud relacionadas con situaciones de parada cardiorespiratoria
. Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el consejo español de rcp y el european resuscitation council en relación con el SPB

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

% de profesionales de enfermería de la unidad que han realizado actividad formativa

Nº de profesionales de enfermería de la unidad que realizan la actividad formativa /
Total de profesionales de enfermería de la unidad donde se realiza la actividad formativa x 100
 $55/60 \times 100 = 91.6\%$

Indicador 2:

% Carros de PCR correctamente revisados según procedimiento

Nº de carros con revisiones correctamente realizadas /
Total de carros disponibles excepto unidad de pediatría x 100
 $3/3 \times 100 = 100\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado 3 actividades formativas exitosas en 3 unidades de hospitalización.
Durante el año 2020 se pretende continuar con este plan formativo extendiéndolo a otras 3 unidades actualizando a su vez los documentos de revisión y mantenimiento de carros y maletines de urgencia hospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/19 ===== ***

Nº de registro: 0019

Título
IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Autores:
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, URIARTE PINTO MOISES, RODRIGO PEREZ MARIA MAR, CARNICERO GIMENO LAURA, GUTIERREZ CATALAN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR) es aproximadamente del 1-5%, con una supervivencia al alta del 20%(1)
Los primeros minutos son los más valiosos en resucitación, de tal manera que cada minuto de retraso disminuye el 8-10% las posibilidades de supervivencia.
La realización de la Reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz, es una responsabilidad del hospital, que debe crear y mantener un plan de respuesta coordinada y multidisciplinaria para su atención.
El personal de enfermería suele ser el que en primer lugar y en más ocasiones se enfrenta a situaciones de reconocimiento de una PCR, y, en muchas ocasiones, otros trabajadores (auxiliares de enfermería, celadores administrativos,...) podrán estar en el escenario de una PCR, por lo que todos ellos deberían ser conocedores del algoritmo a seguir ante toda PCR que se produzca en este hospital además de poseer unos conocimientos teóricos y unas destrezas prácticas que le hagan ser capaces de iniciar y mantener unas maniobras de RCP hasta la llegada del personal facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un protocolo común de RCP en el hospital para responder a la parada cardíaca de forma rápida y eficaz, y así mejorar la supervivencia.
- Establecer un circuito de llamada al personal facultativo que se hará cargo de las maniobras de RCP avanzada considerando posibles situaciones en las que pudieran tener que actuar distintos profesionales.
- Aportar los conocimientos teóricos necesarios, así como las habilidades prácticas tanto para la identificación y detección de signos y síntomas que preceden a una PCR como para la resolución de la PCR mediante maniobras de RCP con el material real del que se dispone en cada servicio
- Promover un registro de paradas cardíacas intrahospitalarias que permita conocer los resultados y corregir las deficiencias detectadas
- Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital

MÉTODO

- Difundir e implantar los protocolos aprobados por la dirección del Hospital Ernest LLuch, sobre preparación y mantenimiento de los carros de parada cardíaca y circuito de actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el hospital.
- Desarrollar un programa formativo basado en:
 - Dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de parada cardiorrespiratoria.
 - Capacitar a los profesionales para ejecutar maniobras específicas y adecuadas, en pacientes con alteraciones de la salud relacionadas con situaciones de parada cardiorrespiratoria.
 - Conocer y desarrollar gestos terapéuticos básicos para ofrecer una respuesta positiva, activa y adecuada en situaciones de emergencia individual.
 - Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council en relación con el Soporte Vital Básico

INDICADORES

FICHA INDICADOR 1

Nombre del indicador 1: Formación en soporte vital básico (SVB)
Área del indicador: Todo el hospital exceptuando el área de pediatría
Fórmula: N° de profesionales formados
Población: Profesionales dependientes de la dirección del centro
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Unidad de formación continuada del Sector
Responsable de la medición: Unidad de formación continuada del Sector
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 40-50 profesionales

FICHA INDICADOR 2

Nombre del indicador 2: Carros de PCR correctamente revisados
Área del indicador: Hospitalización de adultos
Fórmula: N° de carros con revisiones correctamente realizadas/
N° total de carros existentes
Población: Unidades de enfermería con carros de PCR
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Registro de revisión del carro de PCR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Responsable de la medición:Unidad de Calidad
Periodicidad de la medición:Anual
Estándar:100%

FICHA INDICADOR 3

Nombre del indicador 3:Paciente adulto que ha sufrido una parada cardio-respiratoria
Área del indicador:Todo el hospital excepto área de pediatría
Fórmula:Nº de pacientes adultos que han sufrido una PCR/
Total de pacientes adultos ingresados
Población:Total de pacientes ingresados en el hospital
Criterio de exclusión:Pacientes con prescripción médica de no reanimar, Pacientes que manifiestan su deseo de no recibir RCP (instrucciones previas) y pacientes en los que la PCR es un episodio esperado inevitable en el curso de una enfermedad terminal.
Tipo de indicador:Proceso
Fuente de datos:Historia Clínica del paciente (registro de parada cardiaca)
Responsable de la medición:Unidad de Calidad
Periodicidad de la medición:Anual
Estándar:1-5 por cada 1000 ingresos.

DURACIÓN

- Primer trimestre 2019: Elaboración y aprobación de protocolo
- Segundo trimestre 2019: Difusión y formación de profesionales mediante tres actividades formativas
- Tercer trimestre 2019: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

El enfoque principal de este proyecto se encuentra garantizar la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales y monitorizar los procesos y los resultados

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEADO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de las fichas técnicas elaboradas de cada fármaco y corrección por parte del Farmacéutico del hospital.
- Elaboración de un índice por nombre genérico y comercial.
- Elaboración de una guía/tabla de bolsillo para cada enfermero/a de la unidad como consulta rápida en los momentos de emergencia.

En los meses previstos.
Con los medios informáticos del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Completar la revisión de todas las fichas elaboradas, lo que permitirá imprimir y encuadernar el Manual de dosificación y diluciones utilizadas en nuestra unidad.
- Durante la realización del mismo nos ha permitido disponer de equipos opacos para la administración en BPC y bolsas opacas para fotoprotección de las diluciones de perfusión continua de fármacos fotosensibles durante su administración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Durante la recopilación de información, elaboración de fichas y corrección de las mismas nos ha permitido realizar nuestro trabajo con mayor seguridad al preparar las diluciones para BPC de forma correcta para mantener su efectividad.
- Ha quedado patente la importancia de seguir la información proporcionada por la ficha técnica de cada fármaco para su administración correcta sobre compatibilidad, estabilidad, fotosensibilidad, conservación.
- Conseguir mejoras como material para la administración correcta de fármacos fotosensibles.

Queda pendiente:

- Impresión y maquetación del Manual de dosificación y diluciones.
- Impresión y plastificación de la guía/tabla para consulta rápida de bolsillo para cada enfermero/a.
- Presentación de ambos y distribución, en sesión para el personal de la unidad.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación:

- Revisión de las mismas con actualización según se amplíen/varíen las terapias farmacológicas prescritas en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico

Línea Estratégica : Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinefrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidón), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.

Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.

Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.

- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.

- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.

- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.

- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.

- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016

-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017

-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017

-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEDO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

Revisión de las fichas técnicas elaboradas de cada fármaco y corrección por parte del Farmacéutico del hospital.
- Elaboración de un índice por nombre genérico y comercial.
- Elaboración de una guía/tabla de bolsillo para cada enfermero/a de la unidad como consulta rápida en los momentos de emergencia.

Reuniones para puesta en común y revisión de las últimas actividades realizadas, consensuando:

- La elaboración del Índice de la guía por nombre genérico y comercial.
- Se elabora y da formato a un manual de bolsillo, para que cada enfermero/a de la unidad disponga de una consulta rápida en los momentos de urgencia vital.
- Vista previa del borrador de la guía definitiva e impresión de la misma.

Calendario marcado:

Debido a la complejidad del proyecto en cuanto a revisión de las fichas técnicas de cada fármaco y elaboración de los distintos documentos el calendario de implantación ha sido más largo de lo previsto. Terminando en el último trimestre de 2019.

Como resultado, se ha elaborado con los medios informáticos y de papelería del centro:

- un Manual de Dosificación y diluciones utilizadas en Unidad de Cuidados Espaciales (UCE) para consulta por el personal de enfermería de la Unidad, disponible en el control de enfermería.
- Una versión de bolsillo plastificada para consulta rápida para que cada enfermera/o lo tenga disponible inmediatamente ante una urgencia vital mientras estamos en los boxes de los pacientes.
- Un Póster plastificado tipo tabla con las diluciones para bomba de perfusión más utilizadas colocado en la encimera donde se carga la medicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Durante la realización del proyecto hemos conseguido disponer de equipos opacos para la administración en BPC de los fármacos que lo precisan así como bolsas opacas para fotoprotección de las diluciones de perfusión continua de fármacos fotosensibles.
- Presentación de todos los formatos y distribución, en sesión para el personal de la unidad.
- Disponer del Manual ha supuesto una mejora en nuestro trabajo, ya que aporta seguridad en el manejo de los fármacos especialmente fármacos en momentos de urgencia vital.

Indicadores de impacto o de grado de extensión:

1- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
Grado de cumplimiento 100%
2- Realización de sesiones informativas para la difusión y presentación del Manual terminado, el póster y los manuales de bolsillo entre el personal de enfermería en plantilla del servicio en último trimestre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Durante la recopilación de información, elaboración de fichas y corrección de las mismas nos ha permitido realizar nuestro trabajo con mayor seguridad al preparar las diluciones para Bombas de perfusión (BPC) de forma correcta para mantener su efectividad.
- Ha quedado patente la importancia de seguir la información proporcionada por la ficha técnica de cada fármaco para su administración correcta sobre compatibilidad, estabilidad, fotosensibilidad, conservación.
- Conseguir mejoras como material para la administración correcta de fármacos fotosensibles.
- La valoración del equipo de enfermería ha sido muy positiva, añadir el póster en la zona de trabajo donde preparamos las bombas de perfusión y el manual de bolsillo de consulta rápida ha implicado darle mayor agilidad al uso de la información cuando estamos atendiendo a un paciente y surge una urgencia vital.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

- Revisión de las fichas de los fármacos con actualización según se amplíen/varíen las terapias farmacológicas prescritas en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidón), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest Lluch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
- Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
- Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
- Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión con Carpintero del hospital por parte del Equipo de mejora:
- Valoración in situ, del estado actual del box de aislamiento donde se confirma: .la necesidad de aumentar la superficie de trabajo, cantidad, tipo y dimensiones, con un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- . la necesidad de ampliar las superficies de trabajo .
- Actividades realizadas:
- Se acuerdan las características de las nuevas superficies de trabajo para incorporar mejoras que faciliten la labor asistencial, se toman medidas para:
 - oElaboración de superficie de ordenación tipo baldas para el material de higiene, fungible sanitario en el interior del box, sin que reste espacio de las mesas de trabajo.
 - oElaboración de una mesa abatible que proporcione una superficie de trabajo resistente y al ser plegable no reste espacio para la movilización del paciente, dadas las dimensiones reducidas del box.
- Reunión del equipo de mejora:
- Consensuando el material máximo a introducir en el box.
- Se elabora un listado como primer borrador, con las cantidades mínimas necesarias para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente.

Recursos empleados.

- Material de Carpintería.
- Material de papelería y encuadernación.

Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Diseño de las nuevas superficies de trabajo, para próxima elaboración, pendiente de construir e incorporar al box.
- Documentación que incluya: procedimiento de preparación de box de aislamiento en UCE y un borrador con listado de material fungible.

Fecha previstas:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box: Enero- Marzo 2019.

Fase de finalización del documento y presentación en la Unidad:

Mayo- Junio 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Llevar a cabo reuniones con el Carpintero del hospital y del equipo de mejora llegando a acuerdos para avanzar en el proyecto.
 - Elaborar un primer listado con el material máximo a introducir en el box necesario para proporcionar los cuidados básicos a un paciente ingresado en dicho box.
- Consiguiendo el objetivo propuesto de:
- Eliminar situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...(esto para la definitiva)
 - Llegar a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box para mejorar la asistencia a estos pacientes.
 - Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

Impacto del proyecto:

Este proyecto va a suponer facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En las reuniones el equipo de trabajo queda patente en que necesitamos mejoras en la estructura física actual del box, se alcanza un acuerdo en cuanto al tipo y características y que mejorará las condiciones de trabajo, en cuanto a la necesidad de aumentar las superficies de trabajo.
- Todo el equipo de mejora destaca la importancia de elaborar un documento que recoja un listado de material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

que describa que material y en qué cantidad ya que servirá de guía a la hora de montar el box de aislamiento cuando se ingresa un paciente evitando almacenar material en el interior que no se use y que después no se deseche.

Queda pendiente (se informará en la memoria final):

Elaboración y colocación en el interior del box de las nuevas superficies de trabajo:

- tablero/mesa de trabajo anclado en la pared para aumentar la superficie de trabajo cuando proporcionamos cuidados de enfermería al paciente (procedimientos como curas, canalización de accesos periféricos o centrales, aseo, administración de medicación). Plegable para que cuando sea necesaria la movilización de la cama del paciente por ingreso, alta, traslado para realización de pruebas no moleste dicha estructura, pero cuando se necesite aumentar la superficie de trabajo pueda extenderse dicho tablero/mesa.
- Incorporación de unos estantes, para disponer dentro del box del material mínimo de uso para poder trabajar sin tener que entrar y salir continuamente del box de aislamiento.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

Consiguiendo el objetivo propuesto de:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.

7. OBSERVACIONES.

No me había llegado comunicación por correo electrónico ni por teléfono de que el proyecto presentado había sido seleccionado, no hay publicado un listado de proyectos seleccionados que consultar para saber si el proyecto había sido seleccionado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicríticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.

Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...

- Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
 - Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicríticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
 - Estructura física del box dedicado para aislamiento.
 - Material disponible en el interior del box.
 - Aspectos organizativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO

Valoración de la situación actual:

1ª Fase:

Áreas de mejora detectadas:

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.

2ª Fase:

- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:

1ª Fase: Marzo- Abril 2018.

Fecha prevista de finalización:

2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.

Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en 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 - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión con Carpintero del hospital por parte del Equipo de mejora:
Valoración in situ, del estado actual del box de aislamiento donde se confirma:
.la necesidad de aumentar la superficie de trabajo, cantidad, tipo y dimensiones, con un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
. la necesidad de ampliar las superficie de trabajo .

- Actividades realizadas:

Se acuerdan las características de las nuevas superficies de trabajo para incorporar mejoras que faciliten la labor asistencial, se toman medidas para:

.Elaboración de superficie de ordenación tipo baldas para el material de higiene, fungible sanitario en el interior del box, sin que reste espacio de las mesas de trabajo.
.Elaboración de una mesa abatible que proporcione una superficie de trabajo resistente y al ser plegable no reste espacio para la movilización del paciente, dadas las dimensiones reducidas del box.

- Reunión del equipo de mejora:

.Consensuando el material máximo a introducir en el box.
.Se elabora un listado como primer borrador, con las cantidades mínimas necesarias para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente.

Recursos empleados.

- Material de Carpintería.
- Material de papelería y encuadernación.

Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Diseño de las nuevas superficies de trabajo, para próxima elaboración, pendiente de construir e incorporar al box.

- Documentación que incluya: procedimiento de preparación de box de aislamiento en UCE y un borrador con listado de material fungible.

Fecha previstas:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box:

Enero- Marzo 2019.

Fase de finalización del documento y presentación en la Unidad:

Mayo- Junio 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Llevar a cabo reuniones con el Carpintero del hospital y del equipo de mejora llegando a acuerdos para avanzar en el proyecto.

- Elaborar un primer listado con el material máximo a introducir en el box necesario para proporcionar los cuidados básicos a un paciente ingresado en dicho box.

Consiguiendo el objetivo propuesto de:

- Llegar a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box para mejorar la asistencia a estos pacientes.

- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

Impacto del proyecto:
Este proyecto va a suponer facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

Indicadores utilizados:

1.Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2.Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En las reuniones el equipo de trabajo queda patente en que necesitamos mejoras en la estructura física

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

actual del box, se alcanza un acuerdo en cuanto al tipo y características y que mejorará las condiciones de trabajo, en cuanto a la necesidad de aumentar las superficies de trabajo.

- Todo el equipo de mejora destaca la importancia de elaborar un documento que recoja un listado de material que describa que material y en qué cantidad ya que servirá de guía a la hora de montar el box de aislamiento cuando se ingresa un paciente evitando almacenar material en el interior que no se use y que después no se deseche. Mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.

Queda pendiente (se informará en la memoria final):

- .Elaboración y colocación en el interior del box de las nuevas superficies de trabajo:
 - tablero/mesa de trabajo anclado en la pared para aumentar la superficie de trabajo cuando proporcionamos cuidados de enfermería al paciente (procedimientos como curas, canalización de accesos periféricos o centrales, aseo, administración de medicación). Plegable para que cuando sea necesaria la movilización de la cama del paciente por ingreso, alta, traslado para realización de pruebas no moleste dicha estructura, pero cuando se necesite aumentar la superficie de trabajo pueda extenderse dicho tablero/mesa.
 - Incorporación de unos estantes, para disponer dentro del box del material mínimo de uso para poder trabajar sin tener que entrar y salir continuamente del box de aislamiento.
 - Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

Consiguiendo el objetivo propuesto de:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.

7. OBSERVACIONES.

No me había llegado comunicación por correo electrónico ni por teléfono de que el proyecto presentado había sido seleccionado, no hay publicado un listado de proyectos seleccionados que consultar para saber si el proyecto había sido seleccionado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicríticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos. Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas... Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicríticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.

- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO

Valoración de la situación actual:

1ª Fase:

Áreas de mejora detectadas:

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.

2ª Fase:

- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:

1ª Fase: Marzo- Abril 2018.

Fecha prevista de finalización:

2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.

Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en 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 - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

*Actividades realizadas y material para desarrollar el proyecto:

- . Se acordó mediante reunión con carpintero las características de las nuevas superficies de trabajo.
- . Instalación en el interior del box de aislamiento, de dichas superficies de trabajo una vez realizadas, que incluyen:
 - Mesa abatible que amplía la superficie de trabajo para facilitar la labor asistencial durante la realización de procedimientos tales como curas, canalización de accesos venosos periféricos y/o centrales, aseo del paciente sin restar espacio en el interior del box, al ser plegable.
 - Superficie de ordenación tipo baldas para tener disponible en todo momento en el interior del box el material de higiene y fungible sanitario.
 - Elaboración de un documento que incluye listado de preparación del box de aislamiento en cuanto a material mínimo y máximo a introducir en el box ante el ingreso de un paciente en aislamiento, en cuanto a:
 - . Fungible de higiene personal y cuidados.
 - . Fungible básico para asistencia sanitaria.
 - . Fungible para canalizar vías venosas y extracción sanguínea. Plastificado y accesible en todo momento para consulta del personal de la unidad a la entrada del box.
- Reuniones del equipo de mejora para consensuar las características de las superficies de trabajo así como para elaborar la documentación y dar a conocer el resultado final.

*Recursos Empleados:

- Material de carpintería.
- Material de papelería.

*Calendario Marcado:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box: Enero- Marzo 2019.
Fase de finalización del documento: Mayo- Junio 2019
Fase de presentación en la Unidad: Noviembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

*Resultados alcanzados:

- Eliminar situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...facilitando la limpieza y el orden en el propio box.
- Se ha ampliado las superficies de trabajo y de organización del material dentro del box, instalando una mesa abatible y una estantería de baldas, lo que facilita realizar nuestra labor asistencial al tener disponible el material en el interior del bx y más espacio donde colocar el material, minimizando las entradas y salidas del box a fin de prevenir la diseminación de microorganismos.
- Hemos llegado a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box, optimizando los recursos empleados, racionalizando la cantidad de material a utilizar.
- Cantidades mínimas necesarias de material de higiene y fungible sanitario para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente
- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

* Impacto del proyecto:

Este proyecto ha supuesto facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por germen multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

*Indicadores de alcance o de grado de extensión del proyecto:

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento: Grado de cumplimiento 100%
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE: Grado de cumplimiento 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos:
. La valoración ha sido positiva, era una necesidad patente que necesitábamos estas medidas en la estructura física del box, en el día a día, para facilitar nuestra labor asistencial en la realización de cuidados desde el momento del ingreso hasta el alta.
. Todo el equipo de mejora destaca la importancia de disponer y tener accesible en todo momento, un documento que recoja un listado, que describa que material y en qué cantidad se ha de introducir en el box de forma unificada, evitando almacenar material excedente en el interior y que al alta habría que desechar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicríticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.
Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...
Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicríticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO

Valoración de la situación actual:
1ª Fase:
Áreas de mejora detectadas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
 - Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
 - Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
 - Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.
- 2ª Fase:
- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
 - Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
 - Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
 - Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:
1ª Fase: Marzo- Abril 2018.
Fecha prevista de finalización:
2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.
Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en 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 - 2014/0302

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MARTHA URDAZ HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN LARROY MARTA
VILORIA ALEBESQUES ALEJANDRO
CATALAN LADRON MARIA LUISA
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
MUÑOZ JACOBO SERGIO
MONTESA LOU CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan dos sesiones clínicas para residentes y adjuntos del Servicio de Urgencias de H. Ell en colaboración con el Servicio de Neurología. En las sesiones se presenta el protocolo de TCE adaptado a un Hospital comarcal. Logrando unificar criterios de actuación para lograr una referencia práctica y disminuir la variabilidad en el manejo de los pacientes con TCE y politraumas.
-Quedan establecidos los registros mínimos que deben realizar el personal de enfermería en el área de observación.
-Se unifican los criterios de clasificación inicial del paciente de TCE.
-Se definen los criterios para realización de pruebas de radio diagnóstico (TAC y Rx cervical).
-Definir las lesiones potencialmente quirúrgicas que se trasladarán tras las pruebas, estabilización y consultas a Neurocirugía.
-Se elaboran las hojas de recomendaciones al alta .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la actualización del protocolo de TCE se logra agilizar el estadiaje de los pacientes por criterios de gravedad : leve, moderado y grave. A un 63% de los pacientes se le realizó la escala de coma de Glasgow al inicio, durante su estancia en observación y antes del alta o traslado del paciente. Se logra establecer con mayor rapidez el criterio de permanecer en el área de observación, los pacientes con criterios de ingreso y los que van a requerir traslado urgente para valoración por Neurocirugía e ingreso en UCI. Se logra disminuir la mortalidad en pacientes ancianos en tratamiento con ACO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los Hospitales comarcales no disponen de Servicio de Neurocirugía ni de UCI por lo que es necesario una formación continuada y actualización de los protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia científica para establecer las pautas de actuación y un mejor manejo del paciente con TCE. Se logra optimizar el uso del TAC en pacientes con TCE leve. Siendo determinante la formación continuada a los residentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/302 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0120

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE BENJAMIN GONZALEZ ARIZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL
TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ
SERRANO GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZAR UN CHECK- LIST DE URGENCIAS CON 14 APARTADOS REFERIDOS A LA IDENTIFICACION DEL PACIENTES, DOCUMENTACION CLINICA, REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, INFORMACION AL PACIENTE, CORRECTO ESTADO DEL PACIENTE, HORARIOS Y COMUNICACION CON LA PLANTA.
IMPLANTADO EN SEPTIEMBRE DE 2016
ENCUESTA DE SATISFACCION MARZO 2017
SE ELABORO UN FORMATO PAPEL Y SE FORMO AL PERSONAL DE URGENCIAS EN SU USO.
SE DIERON CHARLAS INFORMATIVAS AL PERSONAL DE PLANTA PARA SU CONOCIMIENTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ENCUESTA DE SATISFACCION
EVALUACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO
NOTABLE MEJORIA EN LA COMUNICACION URGENCIAS-INGRESO Y EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COMUNICACIÓN ENTRE URGENCIAS Y EL RESTO DE UNIDADES DE INGRESO HA MEJORADO, EL PACIENTE SALE EN MEJORES CONDICIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
SE PRODUCEN MENOS ERRORES EN EL PASO DE PACIENTES A PLANTA.
QUEDA PENDIENTE INFORMATIZAR EL CHECK LIST E INCLUIRLO DENTRO DEL PROGRAMA PCH DE URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/120 ===== ***

Nº de registro: 0120

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL, TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ, SERRANO GARCIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación de un este sistema permite garantizar la calidad de los ingresos desde el servicio de urgencias. La lista de verificación o Check list es una herramienta muy útil para nuestro servicio de Urgencias al permitirnos aportar orden, estandarización de cuidados así como mejorar la comunicación entre servicios. Con el check list conseguiremos:
- Registrar la información crítica
- Disminuir los errores por omisión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0120

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Evaluar toda la actividad realizada
- Mejorar los estándares de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Definir la puesta en marcha y utilización de un check-list de enfermería para el ingreso de los pacientes desde Urgencias a las áreas de hospitalización, garantizando una mayor eficiencia y seguridad en los ingresos y una mayor satisfacción personal.

MÉTODO

Se elaborará una hoja de check-list para todos los ingresos de hospitalización destinada a la enfermera de la unidad correspondiente.

Para estos ingresos, el check list constará de 14 apartados referidos a la identificación del paciente (colocación de pulsera identificativa y verificación de identidad), verificación de la documentación clínica, revisión de los procedimientos de enfermería, información del paciente, correcto estado del paciente, cama, pañal y comunicación con la planta de destino y a los horarios.

INDICADORES

- Existencia de un check list de enfermería para los ingresos en Urgencias
- Se realizará una encuesta de satisfacción a una muestra de personal de urgencias y de hospitalización
- Evaluación y actualización de la hoja de registro según los resultados de las encuestas.

DURACIÓN

Implantación: Septiembre 2016
Encuestas de satisfacción: Marzo 2016
Evaluación de resultados: Abril 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUIL MARTIN MARCOS
ARNOLDO GRAJEDA JOSE ARNOLDO
SENCIANES CARO ROCIO
MONTESA LOU CRISTINA
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS MARIA TERESA
GOMEZ HERNANDO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de sesión clínica hospitalaria dirigida a todos los miembros del Servicio(Médicos, MIR, enfermería)
Realización de guía/protocolo sobre manejo de la exacerbación EPOC en Servicio de Urgencias Hospitalarias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente de revisión de historias clínicas para valorar grado de cumplimentación de los indicadores de calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora subjetiva en la atención del manejo de pacientes que acuden con clínica de exacerbación y unificación de criterios evitando la variabilidad interprofesional tras realización de guía/protocolo
Pendiente de revisión de historias clínicas para valorar grado de cumplimentación de los indicadores de calidad

7. OBSERVACIONES.

Tras incorporar nuevos miembros al proyecto de calidad, dado que 3 miembros ya no trabajan en el hospital, intentaremos completar el proyecto a la mayor brevedad posible

*** ===== Resumen del proyecto 2016/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título
MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
MUÑOZ JACOBO SERGIO, ZUIL MARTIN MARCOS, GARCIA SAEZ SANDRA, SENCIANES CARO ROCIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: EPOC
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoide y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes. Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación. Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

MÉTODO

Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clínicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsable: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables. Marzos Zuñil Martín, Sandra Garcia Saez y Mercedes Gomez Hernando

INDICADORES

Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoide: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoide

DURACIÓN

Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria
Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de los indicadores
Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales
Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento
Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUIL MARTIN MARCOS
GRAJEDA JOSE ARNOLDO
SENCIANES CARO ROCIO
MONTESA LOU CRISTINA
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTRODUCCION

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbilidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Estas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realizó una sesión clínica dirigida a todos los profesionales que trabajan en el Servicio de Urgencias (médicos adjuntos, médicos residentes (MIR) y enfermería) en noviembre de 2016 en el momento del inicio del proyecto de calidad, para unificar criterios optimizando y unificando la atención de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con una agudización de EPOC.

Posteriormente en junio de 2018 se realizó una segunda sesión clínica dirigida a médicos adjuntos y personal MIR, evaluando el grado de seguimiento del estudio, así como integrando todas las actualizaciones existentes en el manejo de dicha patología e ilustrando a los médicos residentes que no estaban presentes en nuestro servicio al inicio del estudio.

Se realizó un circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas que podían beneficiarse de seguimiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario, si bien es cierto que a mitad del estudio se instauró la interconsulta entre Atención Primaria y especializada, siendo esta consulta gestionada entre éstos profesionales, aunque de la misma manera se garantizó la atención y seguimiento con la idea inicial de evitar ingresos hospitalarios, consiguiendo a su vez integrar más si aún cabe a la Atención Primaria y logrando un manejo más multidisciplinar.

Se han revisado las historias clínicas de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias durante el año 2018 con una agudización o exacerbación de EPOC, analizando el manejo de estos pacientes de acuerdo a los indicadores establecidos, en 2 periodos en junio 2018 y en enero 2019.

El calendario inicialmente previsto, se ha demorado en torno a un año de la estimación inicial, debido a los numerosos cambios de personal tanto del Servicio de Urgencias como del servicio íntegro de neumología, incluyendo nuevos miembros al proyecto de calidad, aunque esto no ha evitado la correcta consecución del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se atendieron en el Servicio de Urgencias un total de 245 pacientes con diagnóstico de agudización de EPOC, 150 de ellos en los primeros 6 meses del año (Enero-Junio) y 95 de ellos en los últimos 6 meses (Julio-Diciembre), diferencia atribuible probablemente a la estacionalidad de la patología infecciosa, tanto vírica como bacteriana, que es la principal etiología responsable de la agudización de la EPOC. De todos ellos 157 pacientes (64,1%) su destino final fue el ingreso hospitalario en planta de Medicina Interna y 88 pacientes (35,9%) fueron dados de alta ambulatoria. De los 150 pacientes atendidos en la primera mitad de año, ingresaron en planta hospitalaria 103 lo que supone un 68,7%, mientras que en el segundo periodo del año ingresaron un 56,8% (54 ingresos) apreciándose un descenso significativo del porcentaje de ingresos en esta última parte del año coincidiendo con la segunda sesión clínica realizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Los criterios de gravedad de la exacerbación de EPOC, atienden a criterios clínicos, hemodinámicos, de la gravedad de su enfermedad de base en fase estable y de las comorbilidades asociadas. Atendiendo a estos criterios y adecuados al sistema español de triaje (SET), de las 245 exacerbaciones atendidas, 44(18%) han sido muy graves, 165 graves (67,3%) y 36(14,7%) leves-moderadas. En los primeros 6 meses del estudio fueron muy graves el 19,3%(29), el 66,7%(100) graves y el 14%(21) leves-moderadas. En los últimos 6 meses del estudio fueron muy graves el 15,7%(15), graves el 68,4%(65) y leves-moderadas el 15,8%(15). Todo ello habla de que el nivel de gravedad de las agudizaciones atendidas en el servicio de urgencias, es mayoritariamente grave o muy grave y que no hay diferencias significativas en ambos periodos del estudio en cuanto a gravedad, lo cual justificaría el alto porcentaje de ingreso hospitalario.

Indicador 1:

- Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se le ha prescrito antibiótico/nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico X 100.

Primera medición (junio 2018): 90,1%

Segunda medición (enero 2019):93,9%

Indicador 2:

- Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo X 100.

Primera medición (junio 2018):81,4%

Segunda medición (enero 2019):88,7%

La medición de los indicadores del proyecto ha resultado muy positiva tal y como se pueden observar en los resultados aportados. Se puede apreciar un aumento del 3,8% en el primer indicador comparando el primer periodo con respecto al segundo periodo, tras realizar una segunda sesión e informar de los datos preliminares del estudio. En el segundo indicador el aumento es todavía mayor hasta del 7,3% respecto a la primera medición. Aparte de los indicadores citados, se ha apreciado un mejor manejo global del paciente que acude con una agudización de EPOC, optimizando la broncodilatación, puesto que con anterioridad al estudio se retiraban los broncodilatadores de acción larga que el paciente utilizaba en domicilio y se sustituían por las nebulizaciones. En el momento actual hemos concienciado e instruido en el uso concomitante de ambos. Además se hace un uso mayor y precoz de la ventilación mecánica no invasiva. Todo ello ha contribuido a reducir la tasa de ingresos hospitalarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realizar un proyecto de mejora de la calidad asistencial en el manejo de la agudización de EPOC, es efectivo con resultados óptimos en todas las mediciones realizadas. Realizar sesiones clínicas y difundirlas a todo el personal sanitario, ha contribuido de forma fundamental a los resultados obtenidos. La continua revisión de los resultados y la actualización bibliográfica son otras herramientas fundamentales. Tras el alta del Servicio de Urgencias, se debe realizar un control clínico en un plazo de 72 horas, para ello se deben establecer en cada zona programas o protocolos destinados a asegurar la continuidad asistencial. Según el estudio AUDIPOC (auditoría clínica realizada en 129 hospitales españoles) la mortalidad global a los 90 días tras alta hospitalaria por EPOC agudizado es del 11,6% y las tasas de reingreso son del 37%, por todo ello insistimos en la importancia de la continuidad asistencial. Debemos tener en cuenta que un 80% de los episodios de reagudización pueden ser tratados de forma ambulatoria tras recibir un tratamiento inicial adecuado, bien en su centro de salud o en los servicios de urgencias hospitalarios, por lo que es importante un manejo precoz y óptimo para evitar aumentar la tasa de hospitalización, con todas las consecuencias clínicas negativas para el paciente que conlleva, así como mayor coste sanitario de forma secundaria.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad con elevada prevalencia pero muy infradiagnosticada, esto explica que en nuestro periodo de estudio el número de pacientes atendidos con diagnóstico de agudización de EPOC sea solo de 245, si bien es cierto que con toda probabilidad se habrán atendido muchos más pacientes con esta patología, pero que no tenían diagnóstico previo de EPOC al no habérselo hecho una espirometría previa. Durante este estudio se han analizado el número de pacientes que tenían indicación de tratamiento antibiótico y que lo han recibido de forma adecuada. Un aspecto muy interesante que no se ha analizado y que pudiera ser motivo de futuros estudios, son aquellos pacientes que han recibido tratamiento antibiótico y realmente no estaba indicado, dado que el sobreuso de los antibióticos y las resistencias bacterianas a los mismos, es un problema sanitaria muy importante de la actualidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título
MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
MUÑOZ JACOBO SERGIO, ZUIL MARTIN MARCOS, GARCIA SAEZ SANDRA, SENCIANES CARO ROCIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoideo y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes.
Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación.
Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

MÉTODO

Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clínicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsable: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables: Marzós Zuil Martín, Sandra García Saez y Mercedes Gómez Hernando

INDICADORES

Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria
Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de los indicadores
Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales
Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento
Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1041

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA MONTESA LOU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URDAZ HERNANDEZ MARTHA
RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
MALO YAGÜE MARTA
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS
LAMATA DE LA ORDEN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboro el protocolo de actuación de la TVP Y TVS para tratamiento domiciliario y seguimiento, así como la investigación de causa oculta de la misma (en consulta de hematología y medicina interna). Este protocolo cambio a su vez el servicio en el cual se ingresan pacientes seleccionados, para optimizar su estudio. Se difundió dicho protocolo en sesiones hospitalarias y en las ultimas jornadas de sociedad aragonesa de urgencias asi como fue presentado en calidad de nuestro hospital .

El calendario de actuación se retraso 6 meses dado los traslados de personal integrante a otros hospitales, y el cambio de los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido satisfactorio dado que ha cambiado el modo de tratar a los pacientes diagnosticados de esta patología, disminuyendo la variabilidad de los tratamientos, protocolarizando los mismos y asegurando el seguimiento y estudio, Así mismo se ha priorizado el manejo domiciliario del mismo (con el consiguiente ahorro en camas y riesgos de patología nosocomial)

Con respecto a los indicadores fijados; en el ultimo semestre del 2016 se diagnosticaron 25 tvp en nuestro hospital, siendo ingresadas solo el 8 de ellas por lo que la tasa de altas de tvp con tratamiento domiciliario ha sido de un 60% acercándonos al objetivo marcado del 80% que fijan las GPC.

Este porcentaje ha subido significativamente con respecto a la practica clínica previa al protocolo donde ingresaban un 100% de los pacientes.

Revisando las historias de dichos pacientes a prácticamente la totalidad (en tratamiento domiciliario) se le ha retirado la anticoagulación (15 retirado y 2 con anticoagulación) un 88%. Alcanzando el objetivo del segundo indicador

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha reflexionado sobre la gran importancia del tratamiento multidisciplinar de esta patología, incidiendo en la coordinación de profesionales desde urgencias interna hematología cirugía radiología y atención primaria . Así como de la necesidad de estudiar las causas ocultas de la misma, protocolarizando los estudios de despistaje de cáncer que esconde la TVP.

Ha quedado pendiente la difusión en atención primaria, quedando demostrada la rentabilidad del tratamiento domiciliario con respecto al hospitalario tanto en términos de eficacia como de eficiencia y efectividad .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1041 ===== ***

Nº de registro: 1041

Título
INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Autores:
MONTESA LOU CRISTINA, MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ, MALO YAGÜE MARTA, GOMEZ AGUIRRE NOELIA, HUICI POLO PATXI, LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO, RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE, TALAL JABOUR ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1041

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el hospital Ernest Lluch de Calatayud tradicionalmente, dado que no se dispone de servicio de cirugía vascular se tiende a ingresar a todos los pacientes con trombosis venosa profunda. Esto, no solo no se adecua a las recomendaciones actuales, sino que además, genera días de hospitalización innecesarios, con el consiguiente perjuicio para el paciente . Por lo tanto consideramos importante la instauración de una vía de tratamiento domiciliario de esta patología

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto, tiene por objeto sentar las bases de un protocolo consensuado con los distintos servicios de nuestro hospital para la correcta atención de los pacientes con trombosis venosa profunda y superficial .Establecer las pruebas a realizar, el tratamiento, los criterios de envío a domicilio o ingreso así como los controles a seguir y las recomendaciones para los pacientes
Los objetivos principales es conseguir el tratamiento domiciliario de los pacientes con TVP de bajo riesgo

MÉTODO
Será necesario el control clínico y terapéutico de Cirugía, Hematología, Radiología y Medicina interna si precisa estudio posterior etiológico.Los requerimientos mínimos para realizar el tratamiento en régimen ambulatorio son:
Signos vitales normales
No sospecha de TEP Bajo riesgo de hemorragia por antecedentes
Ausencia de Insuficiencia renal o hepática grave o plaquetopenia
Disponibilidad de medios técnicos y humanos para la administración de HBPM, anticoagulación, control del recuento plaquetario, INR y concentración de transaminasas.
TVP no complicada (ausencia de TVP proximal extensa iliofemoral extensa/ Flegmasía/ extensión proximal a femoral común)
TVP tanto proximales (femoro-poplíteas) como las de afectación aislada distal al hueco poplíteo

INDICADORES
TASA DE ALTA DE PACIENTES CON TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIARIO = N° TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIARIO/ N° TOTAL DE TVP DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS
retirada de ACO a los 6 meses en tvp domiciliario/ retirada de ACO a los 6 meses de pacientes ingresados con TVP.
Se compararan ambos indicadores con las TVP tratadas previa a la instauración de protocolo

DURACIÓN
ELABORACION Y DIVULGACION DE PROTOCOLO HASTA FEBRERO DE 2017
INICIO INSTAURACION DE PROTOCOLO DE FEBRERO A JULIO DE 2017
MEDICION DE INDICADORES AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2017
FINALIZACION PROYECTO OCTUBRE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ JACOBO SERGIO
POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
FERNANDO GROS TERESA
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
MARTIN FORTEA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Mejorar el proceso ingreso en M. Interna
OBJETIVOS GENERALES: Optimizar la solicitud de Pruebas de Laboratorio al ingreso, adecuadas al proceso patológico
Evitar duplicar la extracciones al paciente
Disminuir el gasto de material fungible
Elaborar una rutina de enfermería
Adecuar el tto. Especifico desde el primer momento del ingreso
Colaborar a disminuir la estancia media

1. PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS y CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

A lo largo de los meses de enero y Febrero se realizan varias reuniones entre los miembros del Proyecto con la asistencia del mayor número posible de ellos.
Se decide como fecha de implantación el 1 de Marzo y programar las reuniones que fueran necesarias para la puesta en marcha y la evaluación.

Dados los cambios continuos de la Plantilla se ha informado a los nuevos incorporados aprovechando las reuniones programadas mensuales del Servicio.

Se realizará una evaluación al cierre del tercer trimestre y al cierre del ejercicio

Se revisan los Perfiles de Laboratorio actuales utilizados al ingreso en Medicina Interna en ese momento concluyendo que pueden incluir demasiadas determinaciones no siempre necesarias en todos los pacientes y concluimos que el método ideal sería ajustar la solicitud de determinaciones al tipo de Patología y al Paciente, lo que además evitaba el crear un nuevo Perfil en el Laboratorio que por su sistema de acreditación tiene perfectamente definidas sus tareas.

En la última reunión, el tercer miércoles de Febrero decidimos realizar a los pacientes susceptibles de ingreso el perfil habitual de Urgencias y añadir los parámetros que serán necesarios para precisar el Diagnóstico y posteriores controles en Hospitalización. Ello permitiría la adecuación de las determinaciones a cada tipo de Paciente, evitando las innecesarias. Asimismo se determinó por un lado reuniones informativas a los miembros de los dos Servicios implicados y a los Médicos Residentes y por otro con Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Urgencias responsables de la preparación del material necesario y de la toma de muestras (Se elabora la Norma de preparación del material para extracción, con los tubos necesarios y los complementarios si hubiera que tomar también muestras de Microbiología como serologías ó cultivos) y se decide el registro en PCH para posteriores comprobaciones y medidas.

Realizadas las reuniones y con los acuerdos adoptados se decide comenzar el 1 de Marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se revisan los Perfiles de Laboratorio actuales utilizados al ingreso en Medicina Interna en ese momento concluyendo que pueden incluir demasiadas determinaciones no siempre necesarias en todos los pacientes y concluimos que el método ideal sería ajustar la solicitud de determinaciones al tipo de Patología y al Paciente, lo que además evitaba el crear un nuevo Perfil en el Laboratorio que por su sistema de acreditación tiene perfectamente definidas sus tareas.

En la última reunión, el tercer miércoles de Febrero decidimos realizar a los pacientes susceptibles de ingreso el perfil habitual de Urgencias y añadir los parámetros que serán necesarios para precisar el Diagnóstico y posteriores controles en Hospitalización. Ello permitiría la adecuación de las determinaciones a cada tipo de Paciente, evitando las innecesarias. Asimismo se determinó por un lado reuniones informativas a los miembros de los dos Servicios implicados y a los Médicos Residentes y por otro con Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Urgencias responsables de la preparación del material necesario y de la toma de muestras (Se elabora la Norma de preparación del material para extracción, con los tubos necesarios y los complementarios si hubiera que tomar también muestras de Microbiología como serologías ó cultivos) y se decide el registro en PCH para posteriores comprobaciones y medidas.

Realizadas las reuniones y con los acuerdos adoptados se decide comenzar el 1 de Marzo.

- Indicador 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

En Infección Respiratoria hemos evaluado el Perfil 8 de Urgencias, PCR, Gasometría Arterial si PO2<90% y Hemocultivos si fiebre con los siguientes resultados:

- Perfil 8 en el 100%
- PCR en el 84%
- G.A. en el 92%
- Hemocultivos en el 78%

En insuficiencia Cardiaca, Perfil 8 de Urgencias, G: A. si PO2<90% y NT-Pro BNP en pacientes en los que se planteó Dx Diferencial con los siguientes resultados:

- Perfil 8 en el 100%
- G. A. en el 90%
- NT-Pro BNP en el 76%

- Indicador 2

Respecto al cumplimiento de la norma de Enfermería comprobando su registro en PCH ha sido del 94%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Revisadas las H^a en PCH y comprobados los datos hemos comprobados que todas las acciones que conduzcan a la estandarización de los procedimientos permiten buen grado de cumplimiento como hemos comprobado en este caso con la sorpresa de haber superado lo previsto. Debemos destacar la labor de la enfermería por la exquisita aplicación de la norma y su registro. Respecto a los pacientes se les reduce el n° de extracciones evitándoles daño innecesarios y permite administrarles el tto adecuado de forma casi inmediata. Por otro lado la Organización ve mejorada la adecuación de recursos disminuyendo inversión en fungible y en duplicidad de determinaciones y disminuir los días de hospitalización colaborando en la disminución de la estancia media. La intervención parece claramente extensible a otros procesos y fácilmente reproducible, no necesita recursos especiales y para revisarlo y modificarlo sólo necesita el tiempo de reunirse las partes implicadas en el diseño y cumplimiento.

Disponemos de información de la actividad en Urgencias por los registros PCH y tenemos un soporte fiable y de fácil accesibilidad en la HCE .

En conclusión es una adecuación en tiempo del uso de los recursos básicos contemplados en la Cartera de Servicios con resultados de Calidad, Seguridad Clínica del Paciente y que colabora en la eficiencia de la organización

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1132 ===== ***

Nº de registro: 1132

Título
MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, FERNANDO GROS TERESA, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, MARTIN FORTEA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROPIA DE MEDICINA INTERNA
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL MOMENTO ACTUAL LOS INGRESOS EN MEDICINA INTERNA LO DECIDE EL MÉDICO QUE REALIZA LA ASISTENCIA EN URGENCIAS. EL PACIENTE ES VALORADO POR EL INTERNISTA DE GUARDIA Y CUANDO PASA A HOSPITALIZACION SE LE ASIGNA UN MEDICO INTERNISTA EN FUNCION DE LA CAMA DONDE INGRESA.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE LE REALIZAN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NECESARIAS, INCLUIDAS EN CARTERA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

SERVICIOS DEL MISMO PARA LLEGAR A UNA IMPRESION DIAGNÓSTICA.
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CUANDO VALORA AL PACIENTE SOLICITA SU PERFIL ANALITICO DE INGRESO

RESULTADOS ESPERADOS

SOLICITAR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EL PERFIL DE INGRESO LO QUE DISMINUIRÍA EN AL MENOS UN DÍA LA ESTANCIA MEDIA. EL INTERNISTA RESPONSABLE DEL PACIENTE DISPONDRÁ DESDE EL PRIMER CONTACTO TODOS LOS DATOS ANALÍTICOS NECESARIOS PARA INDICAR EN TTO ESPECIALIZADO DISMINUIR EL N° DE EXTRACCIONES AL PACIENTE CON EL CONSIGUIENTE AHORRO DE TIEMPO DE ENFERMERÍA Y USO DE MATERIAL FUNGIBLE.
EVITAR DUPLICIDAD DE DETERMINACIONES EN EL LABORATORIO

MÉTODO

ELABORAR UN PERFIL DE ANALÍTICA DE INGRESO CONSENSUADO POR URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA Y AUTORIZADO POR EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.
ELABORAR UNA RUTINA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ELECCIÓN DE LOS TUBOS, TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CIRCUITO DE SOLICITUDES
SESIONES INFORMATIVO-FORMATIVAS DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS

INDICADORES

% PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL PERFIL ANALITICO DE INGRESO > 75
% CUMPLIMENTACION RUTINA DE ENFERMERIA > 75

DURACIÓN

ELABORACION DE DOCUMENTOS ANTES DEL 15 DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JULIO Y DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS TERESA
MONTESA LOU CRISTINA
MUÑOZ JACOBO SERGIO
POVEDA SERRANO PILAR
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
URDAZ HERNANDEZ MARTHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de 2 sesiones dentro del Servicio para exponer la pertinencia del Proyecto. En ellas se recogió información sobre la formación de los miembros de reciente incorporación y se realizó en reparto de funciones de los miembros del proyecto para elaboración de Documentos.
- Se programó la puesta al día de un pequeño manual elaborado en 2012 que fue cuando se inició el uso de la Ecoscopia en este Servicio.
- Se definieron los 2 procesos que se medirían a lo largo del año para elaborar una rutina de su realización y del sistema de registro
- Se programó un curso de formación de 10 horas con el apoyo desinteresado del Grupo de profesionales expertos en Eco de SEMES-Aragón previsto para Junio que tuvo que celebrarse al final los días 24 y 25 de Septiembre por las necesidades asistenciales del servicio en época estival ya que a pesar del esfuerzo de nuestra Dón y la de recursos humanos de nuestra Organización no fue posible tener apoyo en esos meses ni cubrir a un compañero en ILT desde Marzo de los corrientes.
- Se solicitaron pequeñas reformas en uno de los Boxes para poder tener el Ecógrafo conectado continuamente en un punto, facilitar las exploraciones en todo momento y evitar por las características del Equipo del que disponemos del riesgo de averías al desplazarlo continuamente.
- Desde Octubre se pone en marcha la aplicación en comprobación de globo vesical.
- Por otra parte se ha facilitado la formación en Ecocardiografía de uno de los miembros del Servicio para programar sesiones donde forme al resto de la plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador 1: En el momento actual el 100% de los miembros de la plantilla han realizado formación en Eco-Fast
- Indicador 2: La casuística en Sondaje Ecodirigido es escasa en los 2 meses que se ha recogido ya que hemos recogido ya que sólo se trata de 8 pacientes y en 4 de ellos el sondaje lo realizó según técnica clásica Enfermería no formada aún en el uso del Eco para este fin. Aunque en los otros 4 se realizó el procedimiento previsto por parte de los facultativos y supondría el 100% nos parece que no es significativo
- Indicador 3: No ha habido pacientes que requirieran paracentesis Ecodirigida para tto Ascitis

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos parece un Proyecto interesante y en el que tenemos que continuar trabajando . Estamos estudiando la posibilidad de aplicación en otras técnicas y hemos iniciado la aplicación en punciones venosas, toracocentesis Dx y terapéuticas Ecodirigidas y estamos trabajando en la elaboración de una rutina y programa de entrenamiento en Ecocardiografía. Todo ello nos permitiría el plantearnos nuevos proyectos de mejora para el ejercicio 2019 y siguiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/672 ===== ***

Nº de registro: 0672

Título
AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

CATALAN LADRON MARIA LUISA, ANDRES BERGARECHE IGNACIO, DE FERNANDO GROS TERESA, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, PÓVEDA SERRANO PILAR, RECIO JIMENEZ ENRIQUE, URDAZ HERNANDEZ MARTHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproducible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos. En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- crítico. Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogénea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio. Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
- Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
- Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

MÉTODO

- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:

La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:

- el funcionamiento básico de un ecógrafo.
 - las imágenes fundamentales en ecografía.
 - la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.
 - objetivar la presencia de líquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
 - la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
 - Identificación de cavidades cardíacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproducible.
 - técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos
- Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.
-Establecer criterios comunes de como plasmar en la H° Clínica los hallazgos ecoscópicos

INDICADORES

Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%
Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%
Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

DURACIÓN

- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.
- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18
-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos
Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18
valoración resultados en Enero-19

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS TERESA
MONTESA LOU CRISTINA
MUÑOZ JACOBO SERGIO
IBÁÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
URDAZ HERNANDEZ MARTHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- EN REUNION DEL SERVICIO DE FEBRERO SE INFORMA A MIEMBROS DEL MISMO DE LOS RESULTADOS INFORMADOS DEL PROYECTO Y DE LA NECESIDAD DE UTILIZAR LA ECO EN LOS PROCESOS SELECCIONADOS Y DE HACERLO CONSTAR EN LA Hª CLINICA
- DADO QUE EN LOS RESULTADOS DEL EJERCICIO ANTERIOR CONSTATAMOS QUE ALGUNOS SONDAJES LOS REALIZÓ ENFERMERIA QUE NO ESTABA FORMADA EN ECO.

- ACORDAMOS QUE EN TODO PACIENTE CON MOTIVO DE CONSULTA EN TRIAJE POR RAO SE LE REALIZARÍA ECO PREVIA.

- CONTANDO CON EL APOYO DE LA SUPERVISION DE URGENCIAS SE HA REALIZADO FORMACION PERSONALIZADA A L PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA TECNICA.

- AUNQUE CON RETRASO POR MOTIVOS AJENOS AL SERVICIO SE REALIZÓ LA PEQUEÑA REFORMA EN LA SALA DDE REANIMACIÓN PARA UBICAR EL ECOGRAFO Y EVITAR DESPLAZAMIENTOS INNECERARIOS CON RIESGO DE AVERÍA DE LAS SONDAS.

- EN FEBRERO TUVIMOS PROBLEMAS CON LA PANTALLA DEL ECOGRAFO QUE CONSEGUIMOS NOS REPARARA LA FIRMA RESPONSABLE

- EN LA REUNIÓN DE MARZO ACORDAMOS COLOCAR UN LIBRO DE REGISTRO DONDE SE COLOCARIA UNA PEGATINA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZABA LA TECNICA TANTO EN RAO COMO EN PARACENTESIS ECODIRIGIDA, SOLICITANDO EL COMPROMISO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO IMPLICADOS EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS PARA REALIZAR EVALUACIÓN AL FINAL DEL TRIMESTRE.

- CON FECHA 30 DE MAYO SE INCORPORAN 9 FACULTATIVOS AL SERVICIO CON PLAZA EN PROPIEDAD DE LOS CUALES 5 PROVIENEN DE OTROS HOSPIATLES Y NO UTILIZAN HABITUALMEENTE LA ECOGRAFIA. SE LES INFORMA DEL PROYECTO Y SE SOLICITA AL DR RECIO, MIEMBRO DEL SERVICIO CON MAYOR NIVEL DE FORMACION LA INSTRUCCIÓN A SUS COMPAÑEROS Y. ASIMISMO AL RESTO DE FACULTATIVOS QUE LO VENIAN REALIZANDO DE LA IMPORTACIA DE COLABORAR A ESTABLECER LA ECO COMO RECURSO ORDINARIO.

- EN EL CURSO QUE SE REALIZA EN JUNIO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVA INCORPORACION SE INCLUYE EL MANEJO BÁSICO DEL ECOGRAFO Y LA REALIZACION DE ECO-FAST EN URGENCIAS.

- EN LA REUNION DE JULIO SE INFORMA DE LOS RESULTADOS DEL TRIMESTRE Y SE RECUERDA EL COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO Y FORMACIÓN CONTINUADA. EN LA VALORACION DE RESULTADOS SE CONTABILIZARON LOS PACIENTES CON MOTIVO DE CONSULTA EN EL TRIAJE POR RAO Y ASCITIS, EXCLUYENDO LOS QUE NO CUMPLIAN REQUISITOS SEGÚN CONFIRMACIÓN DE DIAGNOSTICO DE ALTA.

- EN OCTUBRE ABANDONAN EL SERVICIO 3 FACULTATIVOS POR DIFERENTES MOTIVOS Y SE INCORPORAN 2 EN NOVIEMBRE Y EL ULTIMO A 1 DE DICIEMBRE, 2 DE ELLOS CON FORMACION EN ECOGRAFÍA BÁSICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

 DE FACULTATIVOS CON FORMACION EN ECOSCOPIA EN URGENCIAS : 90,90

PACIENTES A LOS QUE SE REALIZÓ COMPROBACIÓN DE GLOBO VESICAL PREVIO AL SONDAJE: 93,75.

REALIZACION DE PARACENTESIS ECODIRIGIDA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES: 100

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HEMOS COMPROBADO LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LA FORMACION EN LA TECNICA DE LA ECOSCOPIA-ECOGRAFIA.

HEMOS INCORPORADO TALLERES DE FORMACIÓ SEMESTRALES Y SI NO FUERA POSIBLE AL MENOS ANUALES COMO REQUISITO DE BASE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

QUEDA PENDIENTE ESTABLECER LA FORMACION DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA COMO PARTE DE SU FORMACIÓN BASE AL INCORPORARSE AL INCORPORARSE AL SERVICIO DE URGENCIAS.

ESTAMOS PLANTEANDONOS OTROS PROYECTOS DE APLICACIÓN DE LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/672 ===== ***

Nº de registro: 0672

Título
AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, ANDRES BERGARECHE IGNACIO, DE FERNANDO GROS TERESA, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO PILAR, RECIO JIMENEZ ENRIQUE, URDAZ HERNANDEZ MARTHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproducible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos.
En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- crítico.
Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogénea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio.
Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
- Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
- Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

MÉTODO
- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:
La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:

- el funcionamiento básico de un ecógrafo.
- las imágenes fundamentales en ecografía.
- la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

- objetivar la presencia de liquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
 - la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
 - Identificación de cavidades cardiacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproducible.
 - técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos
- Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.
-Establecer criterios comunes de como plasmar en la H° Clinica los hallazgos ecoscópicos

INDICADORES

Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%
Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%
Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

DURACIÓN

- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.
- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18
-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos
Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18
valoración resultados en Enero-19

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0053

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ ARIZA BENJAMIN
MUÑOZ JACOBO SERGIO
BANDRES ABIAN ELENA
GONZALEZ CUADRADO AINOA
NUÑO GIL ANA ISABEL
MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL
DORADO ALVARADO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE CONSTITUYE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR QUE INCLUYE MEDICOS, ENFERMERAS, TCAES, CELADORES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO, LA DIRECCION DE HOSPITAL, LA DE ENFERMERIA, LA COORDINADORA DE CALIDAD.., LA JEFE DE UNIDAD Y EL SUPERVISOR DE URGENCIAS
- SE REVISLA LA BIBLIOGRAFIA Y SE CONVOCA UNA REUNIÓN DEL GRUPO DONDE EL DIRECTOR DEL HOSPITAL EXPONE EL PROYECTO Y LOS CONCEPTOS BÁSICOS DEL LEAN EALTHCARE.
- A TRAVES DE LA RED CONSEGUIMOS UNA PRESENTACION DE COMO SE IMPLANTÓ EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y SE LE FACILITA A TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.
- CONTACTAMOS CON LA AEC QUE NOS OFERTA UN CURSO DE FORMACION IMPARTIDO POR EXPERTOS QUE SE DESPLAZARÍA A NUESTRO CENTRO PARA FORMAR A TODO EL EQUIPO Y REALIZAR UNA PRACTICA EN NUESTRO PROPIO MEDIO POR UN IMPORTE DE 1800 EUROS PARA 25 PERSONAS LO QUE FACILITABA LA FORMACION DE MAS PROFESIONALES QUE LOS COMPONENTES DEL GRUPO. DESDE LA DIRECCIÓN SE REMITE A LA GERENCIA DEL SECTOR, NO OBTENIENDO AUTORIZACIÓN AL CIERRE DEL EJERCICIO.
- A TRAVES DE LA COMISION DE FORMACIÓN NOS ENTERAMOS DE LA OFERTA DE UN CURSO DE METODOLOGIA LEAN EN SANIDAD DESDE MTT. SOLICITAMOS LA INCLUSION EN EL PROGRAMA FORMATIVO DEL SECTOR PERO SE DESCARTA DESDE SERVICIOS CENTRALES
- ACTUALMENTE ESTAMOS EN FASE DE ESTUDIO DE UN MANUAL, LIBRE EN LA RED ESCRITO POR CRISTINA FONTCUBERTA, CONSULTORA DE LA EMPRESA COMTEC QUALITY S.A.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO HA PODIDO INICIARSE EL PROYECTO YA QUE NO HEMOS DISPUESTO DE LA FORMACIÓN UNIFORME Y REALIZADA POR EXPERTOS PARA EL GRUPO. ESTAMOS PENDIENTES DE LA AUTORIZACIÓN DEL PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL CURSO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DESTACAR EL INTERES EN INTENTAR LA AUTOFORMACION POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL SERVICIO SOLICITAR DE NUEVO A LA GERENCIA DEL SECTOR SU COLABORACION PARA LA REALIZACION DE LA FORMACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, MUÑOZ JACOBO SERGIO, BANDRES ABIAN ELENA, GONZALEZ CUADRADO AINOA, NUÑO GIL ANA ISABEL, MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL, DORADO ALVARADO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0053

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH ES EL DE REFERENCIA DEL SECTOR CALATAYUD, ZONAS LIMITROFES DE CASTILLA LA MANCHA Y CASTILLA LEÓN . ADEMÁS POR SU ENCLAVE GEOGRAFICO Y PROXIMIDAD A LA AUTOVIA DEL NORESTE A PACIENTES DE OTRAS COMUNIDADES.
A LO LARGO DE SU TRAYECTORIA Y CONSTATADO POR LOS DATOS REGISTRADOS HA DEMOSTRADO RESULTADOS DE EFICACIA Y DISPONER DE TRABAJADORES CON ELEVADO RENDIMIENTO.
PERO TAMBIÉN TIENE EL INCONVENIENTE DE UNA ROTACIÓN ELEVADA DEL PERSONAL POR MOVILIDAD EXTERNA E INTERNA, CON UN CONTINUO PROCESO DE ADAPTACIÓN Y APRENDIZAJE QUE EXIJE LA DEDICACIÓN DEL LOS MIEMBROS DE LA PLANTILLA ESTABLE. EN EL MOMENTO ACTUAL HEMOS OBSERVADO PROCESOS NO SISTEMATIZADOS Y UN NUMERO ELEVADO DE ACTIVIDADES QUE NO APORTAN VALOR.
ADEMÁS, NO DISPONEMOS DE DATOS OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y, MUCHAS VECES, TAMPOCO DE LA DEL TRABAJADOR.
DADO QUE POR LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO TODO EL TRABAJO SE PLANIFICA EN EQUIPO INTEGRANDO A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES NOS HEMOS PLANTEADO LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR QUE AUTOANALICE SUS ÉXITOS Y FRACASOS Y PLANTEAR LAS LINEAS DE TRABAJO QUE NOS LLEVEN DE LA EFICACIA A LA EFICIENCIA CONTANDO CON EL APOYO MANIFESTADO POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, LA DIRECCIÓN DE ENFERMERIA Y LA COORDINACIÓN DE CALIDAD.

RESULTADOS ESPERADOS

CONOCER EL METODO LEAN HEALTHCARE Y SUS HERRAMIENTAS, APLICARLO EN NUESTRO MEDIO CANALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO QUE ENGLOBA A TODAS LAS CATEGORIAS IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN URGENTE EN NUESTRO HOSPITAL LO QUE MEJORARA LA DIFUSIÓN CON EL FIN DE IMPLICAR A TODOS LOS TRABAJADORES PARA CONSEGUIR:
- PROCESOS SISTEMATIZADOS ELIMINANDO LAS ACCIONES QUE NO APORTEN VALOR.
- CONOCER LA SATISFACCION EN EL PACIENTE DE NUESTRO PRODUCTO SALUD
- CONSEGUIR LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DÁNDOLE LA IMPORTANCIA QUE TIENE APORTANDO SOLUCIONES DESDE SU ACTIVIDAD COTIDIANA Y FOMENTANDO SU SENTIMIENTO DE PERTINENCIA A LA ORGANIZACIÓN.
- COLABORAR CON LA ORGANIZACIÓN EN LA MEJORA DEL USO DE LOS RECURSOS.
- PENSAR EN MEJORA CONTINUA PARA OBTENER RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS PARA PARTIR DE LA EFICACIA Y LLEGAR A LA EFICIENCIA.

MÉTODO

PLANIFICAR REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO
FORMACION EN METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE
DIFUSION A TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

INDICADORES

% DE TRABAJADORES DEL SERVICIO QUE PARTICIPAN EN EL ANALISIS Y DISEÑO DE LOS PROCESOS
% DE PERSONAL FORMADO EN LEAN HEALTHCARE
DISEÑO ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.
DISEÑO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

DURACIÓN

CONSIDERAMOS QUE SE TRATA DE UN PROCESO AMBICIOSO QUE DEBERÁ ALARGARSE EN EL TIEMPO PARA HACERLO EXTENSIBLE A TODOS LOS PROCESOS.
FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO Y DIFUSIÓN A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES HASTA JUNIO DE 2019.
REUNIONES PARA RECOGER IDEAS Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS CAUSA EFECTO EN LAS MISMAS FECHAS
ELEGIR AL MENOS 2 PROCESOS PARA INICIAR SU DISEÑO Y PROPONER LA PUESTA EN MARCHA EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2019

OBSERVACIONES

EN EL 2019 LO HEMOS INCLUIDO COMO A.G.C. CON LA PERSPECTIVA DE SER INCLUIDO EN EL C.P. DEL 2020

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1152

1. TÍTULO

ATENCION DEL PACIENTE CRITICO EN EL AREA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE BENJAMIN GONZALEZ ARIZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BROSED YUSTE CHABIER
CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR
GASPAR REDONDE MARIA ESTHER
MERELAS CORTES LAURA
NUÑO GIL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación del grupo y reunión de los compones (mayo 2019)
Reunión del Servicio para Búsqueda de necesidades y propuesta (Junio2019)
Solicitud del Curso a comisión de formación sobre atención al paciente critico
Creación de procedimiento (noviembre diciembre 2019)
Revisión por Calidad de procedimiento (pendiente)
Realización de formación especifica del servicio (pendiente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación de un nuevo procedimiento para urgencias sobre atención al paciente critico en el área de urgencias (pendiente de revisión)
Aumentar la cultura de cuidados en el área de urgencias para enfermería (realizado pero mejorable en 2020)
Contribuir a la mejora y sistematización de la asistencia al paciente crítico en el servicio de urgencias
Coordinación entre los servicios extrahospitalarios y las distintas unidades hospitalarias para la asistencia del paciente critico
Adecuación de la asitencia del paciente crítico a los recursos humanos materiales y estructurales de nuestro centro
Coordinación y asignación de roles/ actividades especificas a los distintos miembros del equipo multidisciplinar que aborda al paciente critico
Elaboración de un documento que sirva de guía del personal para la correcta atención al paciente critico (pendiente)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En seguimiento se realizaran en la memoria final del año siguiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1152 ===== ***

Nº de registro: 1152

Título
MEJORA DE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CRITICO DEL AREA DE URGENCIAS

Autores:
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, BROSED YUSTE CHABIER, GASPAR REDONDO ESTHER, CLAVERO MIGUEL PILAR, MERELAS CORTES LAURA, NUÑO GIL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÍTICO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1152

1. TÍTULO

ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL AREA DE URGENCIAS

AUNQUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONOCE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS, CADA DÍA PODEMOS OBSERVAR QUE EN OCASIONES LA ATENCIÓN A DICHS PACIENTES ES DESORGANIZADA: NO ESTÁN DEFINIDAS LAS TAREAS QUE CADA PROFESIONAL TIENE QUE REALIZAR EN ESE MOMENTO. ESTO SUPONE UN RETRASO Y UNA ATENCIÓN INADECUADA EN EL PACIENTE YA QUE HAY VARIOS PROFESIONALES INTENTANDO REALIZAR LAS MISMAS TAREAS Y OTROS QUE NO SABEN QUÉ HACER EN ESE MOMENTO. CON UNA ADECUADA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN Y CON EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SE REDUCIRIAN LOS ERRORES Y MEJORARÍA LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- MEJORAR LA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE DEL PACIENTE CRÍTICO
- 2- DISMINUIR LOS RECURSOS EMPLEADOS EN LA ATENCIÓN
- 3- DISMINUIR LOS ERRORES EN LA ASISTENCIA

MÉTODO

- 1- CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR
- 2- ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO
- 3- DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDIANTE CURSO TEÓRICO PRÁCTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS.
- 4- REALIZACIÓN DE SIMULACROS DENTRO DE LA UNIDAD

INDICADORES

- 1- INDICADOR: % DE PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DEFINICIÓN:

PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y RECIBEN UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA

FÓRMULA:

NUMERADOR: N° DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS ATENDIDOS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DENOMINADOR: N° TOTAL DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS.

FUENTE: PCH

EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS:

- PACIENTE CRÍTICO: VER DEFINICIÓN DE "PACIENTE CRÍTICO" EN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH"

- ATENCIÓN ORGANIZADA: VER CRITERIOS DE ATENCIÓN ORGANIZADA/PROTOCOLARIZADA EN DICHO PROCEDIMIENTO

FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN: ANUAL

MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE. 20 PACIENTES ELEGIDOS AL AZAR

RESPONSABLE DE SU OBTENCIÓN: UNIDAD DE CALIDAD

ESTANDAR: >60%

- 2- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE CONOCEN EL PROCEDIMIENTO

- 3- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO LA ACTIVIDAD FORMATIVA Y LOS SIMULACROS DE ACTUACIÓN.

DURACIÓN

2º TRIMESTRE 2019: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO, MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO Y Búsqueda DE BIBLIOGRAFÍA

3º TRIMESTRE 2019: ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

4º TRIMESTRE 2019: APROBACIÓN DE PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD, DIFUSIÓN DON CURSO TEÓRICO PRÁCTICO Y.

REALIZACIÓN DE SIMULACROS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO MARTINEZ DELGADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA LASSA JOSE MANUEL
PEREZ BERASATEGUI OSCAR
PAESA MURCIANO PEÑA
SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una revisión sistemática de las guías clínicas europea y española y de diferentes protocolos de actuación de otros centros. Se realizaron varias reuniones para poner en común las ideas principales. Se elaboró un protocolo de actuación que siguiese las principales recomendaciones de las guías clínicas y se adaptase a la idiosincrasia de nuestro centro. En el protocolo se especifica los factores que deben de cumplir los pacientes para ser incluidos en el protocolo de Cáncer Vesical de Alto Riesgo (Anatomía patológica, frecuencia de recidiva, tamaño tumoral, presencia de CIS...). Al paciente se le propone un tratamiento con BCG empezando con una instilación semanal durante 6 semanas y posteriormente una instilación trimestral hasta completar dos años de tratamiento. Así mismo, el protocolo se incluye un programa de seguimiento consistente en la realización de diferentes pruebas, Biopsias vesicales, uretroscopias, Citologías de orina, Ecografía de aparato urinario, Urografía intravenosa y Tomografía Computerizada en un orden previsto que se adapta a nuestro centro.

El paciente es citado en consultas 4 semanas después de la realización de la RTU Vesical. Ahí se valora el resultado de la Anatomía Patológica, las características del paciente, edad, comorbilidades, patología urológica concomitante etc. se clasifica al paciente como de bajo, medio o alto riesgo de recidiva y progresión y se le incluye en el protocolo más adecuado. El paciente es informado del diagnóstico, se le propone el tratamiento, se le explica los beneficios y riesgos del mismo y se le da el consentimiento informado del mismo. El personal de enfermería de la consulta ayuda al paciente a gestionar las diferentes peticiones de citas, pruebas y resuelven las dudas que van surgiendo durante el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A lo largo de la puesta en funcionamiento del protocolo han surgido varios inconvenientes y cambios en las pautas de actuación. Se han producido varios episodios de desabastecimiento de BCG a nivel Nacional que han supuesto la imposibilidad de realizar el programa de mantenimiento en periodos largos desde la puesta en marcha del programa. Los pacientes incluidos en el protocolo de alto riesgo han podido beneficiarse, en general, del tratamiento de inducción con BCG de 6 semanas pero no del programa de mantenimiento. En estos casos el paciente se cambiaba a un programa de mantenimiento con Mitomicina C correspondiente a pacientes de riesgo intermedio. El programa de seguimiento que han seguido estos pacientes oscilaba entre el de alto riesgo o el de riesgo intermedio en algunos casos y siempre adaptado al programa de tratamiento. En general todos los pacientes que cumplían criterios de alto riesgo y no tenían contraindicaciones han sido incluidos en el protocolo de alto riesgo. Todos ellos han iniciado el tratamiento de inducción con BCG aunque en algunos casos ha sido necesario suspenderlo por mala tolerancia al mismo o por otros efectos secundarios. De los pacientes que completaron el tratamiento de inducción solo pasaron al programa de mantenimiento aquellos que lo hicieron en las épocas en las que no había desabastecimiento. De ellos, no todos pudieron completarlo por desabastecimiento del producto, por progresión de la enfermedad, por mala tolerancia o por otros efectos secundarios o complicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo de la puesta en funcionamiento del protocolo han surgido varios inconvenientes y cambios en las pautas de actuación. Se han producido varios episodios de desabastecimiento de BCG a nivel Nacional que han supuesto la imposibilidad de realizar el programa de mantenimiento en periodos largos desde la puesta en marcha del programa. Los pacientes incluidos en el protocolo de alto riesgo han podido beneficiarse, en general, del tratamiento de inducción con BCG de 6 semanas pero no del programa de mantenimiento. En estos casos el paciente se cambiaba a un programa de mantenimiento con Mitomicina C correspondiente a pacientes de riesgo intermedio. El programa de seguimiento que han seguido estos pacientes oscilaba entre el de alto riesgo o el de riesgo intermedio en algunos casos y siempre adaptado al programa de tratamiento. En general todos los pacientes que cumplían criterios de alto riesgo y no tenían contraindicaciones han sido incluidos en el protocolo de alto riesgo. Todos ellos han iniciado el tratamiento de inducción con BCG aunque en algunos casos ha sido necesario suspenderlo por mala tolerancia al mismo o por otros efectos secundarios. De los pacientes que completaron el tratamiento de inducción solo pasaron al programa de mantenimiento aquellos que lo hicieron en las épocas en las que no había desabastecimiento. De ellos, no todos pudieron completarlo por desabastecimiento del producto, por progresión de la enfermedad, por mala tolerancia o por otros efectos secundarios o complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/71 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0147

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL SUAREZ BROTO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOZANO ENGUITA JESUS
PEREZ BERASATEGUI OSCAR
PAESA MURCIANO PEÑA
BURGUEÑO CERMEÑO BIBIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De Julio de 2014 a Agosto de 2014 se realizó un exhaustivo análisis de la guía clínica europea sobre tumores vesicales no musculoinvasivos, así como de otros grupos de trabajo de reconocido prestigio en la materia.

Finalmente se creó un protocolo de seguimiento para los tumores vesicales de moderado riesgo para aplicarlo a los pacientes de nuestro servicio. En este protocolo se recogen los datos administrativos del paciente e incluye un apartado donde se explican los hallazgos en la primera RTU realizada. En él se especifica fecha de realización, número de tumores, tamaño, aspecto y localización vesical. Así como otras anomalías o complicaciones que surgieron. Así mismo hay un subapartado donde se habla de las características anatomopatológicas del tumor, haciendo especial interés en la clasificación TNM y graduación de la OMS de 1973 y de 2004 si la hubiere. También se especifica si el paciente recibió una dosis de mitomicina C postoperatoria en las primeras 24h, hecho fundamental para plantear el seguimiento posterior. Seguidamente, y confirmando que se trata de un tumor vesical de riesgo intermedio según las guías clínicas europeas, el protocolo preformado indica el seguimiento que se ha de realizar en cuanto a pruebas de imagen (ecografía especialmente), citologías de orina, revisiones endoscópicas e instilaciones con mitomicina C, y su momento a lo largo del tiempo.

El protocolo se encuentra en la consulta y se aplica en todos los casos de tumor vesical de riesgo intermedio desde su implantación el 1/8/2014, siempre de una manera individualizada y teniendo en cuenta las características especiales de cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 10 pacientes entraron de novo en el nuevo protocolo de control del tumor vesical de riesgo intermedio desde el 1 de Agosto de 2014 al 1 de Agosto de 2015. Y otros 12 pacientes con idénticas características, que ya estaban en seguimiento desde antes del 1 de Agosto de 2014 se beneficiaron también, modificando alguna pauta.

Por norma general se cumplieron escrupulosamente las indicaciones del nuevo protocolo en cuanto a dosis y momento de instilaciones de mitomicina C, pruebas diagnósticas, estudios anatomopatológicos y revisiones endoscópicas. En un caso puntual no se cumplió el régimen de instilaciones previsto por reacción alérgica del paciente, y en otros 3 casos hubo que retrasarlas al encontrar una infección urinaria persistente que la contraindicaba. Respecto a las pruebas radiológicas de control, principalmente ecografías, se demoraron en algunos casos por problemas de lista de espera, pero siempre un tiempo razonable que no excedió los 2 meses. Así mismo, por cuestiones de lista de espera quirúrgica, alguna cistoscopia se demoró dos meses a lo sumo, tiempo perfectamente asumible.

En el periodo analizado no observamos progresión en ninguno de nuestros pacientes a tumor vesical de alto grado que requiriese terapia con BCG, ni a tumor vesical musculoinvasivo que requiriese cistectomía radical. Tampoco se observaron recidivas de riesgo bajo o intermedio.

Durante este tiempo se informó desde la Agencia Española del Medicamento y desde la Asociación Española de Urología del desabastecimiento de BCG a nivel mundial para el tratamiento del tumor vesical de alto riesgo. Desde las mismas se recomendaba en estos casos únicamente la pauta de inducción, sin continuar con las dosis de mantenimiento. No observamos en nuestro hospital que ningún paciente necesitara instilaciones de mitomicina C de recuerdo por la falta de BCG, aunque sólo se ha analizado la serie hasta agosto del 2015.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La instauración del protocolo ha sido un éxito. Todos los pacientes intervenidos de RTU de Tm vesical que cumplían criterios de riesgo intermedio se incluyeron en el mismo. Los pacientes han tenido el seguimiento que las guías clínicas europeas recomiendan. Ningún paciente recibió más dosis de mitomicina C de las recomendadas.

Una pequeña cosa a mejorar, sería la necesidad de disminuir un poco los tiempos de espera principalmente de las pruebas radiológicas de control.

Respecto a los costes, aplicando el protocolo, hemos hecho un uso de los recursos adecuado. Hemos realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0147

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

un seguimiento eficiente, y aunque intuimos que hemos reducido costes, al no disponer de grupo control, no podemos confirmarlo 100%. Sería necesario estudiar otros años y comparar índices de recidivas, reingresos..

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/147 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

Fecha de entrada: 20/01/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO MARTINEZ DELGADO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARANDA LASSA JOSE MANUEL
SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN
MILLARUELO LARENAS MARTA
LAURA CERDAN MORENO
JOSE VAZ RODRIGUEZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se consensuó con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de oncología por la tarde.
2. Se seleccionó y formó a personal de enfermería, supervisoras de tarde y noche, para la administración del fármaco, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, correcta manipulación, administración y eliminación.
3. Tras la RTU se solicita el fármaco a farmacia desde quirófano para poder administrarlo en las primeras 6 horas.
4. El facultativo pauta "Administración de quimioterapia intravesical" en las ordenes de tratamiento.
5. Enfermería realiza los puntos siguientes:
6. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
7. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
8. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
9. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, la hora, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese en la hoja de evolución de enfermería
10. Los facultativos miembros del equipo de mejora han realizado un seguimiento periódico del programa y han transmitido la información al resto del personal implicándolo en el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reseñar que como principal problema en la instauración del programa surgió un problema de calendario. Así los aspectos preliminares y selección del personal de enfermería no se realizó hasta diciembre de 2016. A cambio el resto de la instauración fue más rápida. La formación al personal de enfermería se completo a finales de enero, empezando a principios de febrero con los casos pilotos. La adaptación e implicación del servicio y de los profesionales fue ejemplar por lo que la mejora pasó a ser un protocolo de actuación en pocas semanas. En junio de 2017 estaba prevista una evaluación preliminar que no se realizó por la evidente buena marcha del programa. Enero de 2018 se ha realizado la evaluación del programa tras casi un año en funcionamiento. Del 1 de enero de 2017 hasta 31 de diciembre de 2017 se han realizado en nuestro servicio 23 RTU de tumor vesical. De ellas 5 (21.7%) resultaron de aspecto musculoinvasivo de entrada por lo que no se beneficiaban del tratamiento y que por lo tanto no se administró. Otras 4 más presentaron invasión del músculo detrusor en su anatomía patológica lo que eleva la cifra a 39%, anormalmente alta. Por tanto fueron 18 pacientes candidatos a quimioterapia postoperatoria. En 14 casos (77.7%) se completó el tratamiento en las primeras 6 horas tras la RTU. En 2 casos (11.1 %) no se realizó en las primeras 6 horas pero sí antes de las 24 primeras horas. No se pudo realizar el tratamiento en las primeras 24 horas, en dos casos (11.1%) ambos por hematuria. Hemos constatado que los 4 pacientes en los que no se pudo administrar el tratamiento en las primeras 6 horas, todos por hematuria, coincidieron con aquellos que presentaron un estadio avanzado de la enfermedad y que sufrieron cirugías más agresivas y que no se hubiesen beneficiado del tratamiento precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pretendíamos que la administración se realizara en las primeras 24 horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y hemos conseguido un 88.8% (16 casos) y en las primeras 6 horas en más del 70% y hemos conseguido un 77.7% (14 casos). Como principal problema en la instauración del programa surgió un problema de calendario y fijar las personas responsables de cada actividad. El programa es actualmente el procedimiento normal de actuación. Creemos que nuestro programa es totalmente extrapolable a cualquier otro centro por su sencillez.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1067 ===== ***

Nº de registro: 1067

Título
PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

Autores:
MARTINEZ DELGADO ROBERTO, ARANDA LASSA JOSE MANUEL, SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, DE JUAN CEBOLLADA CARMEN, MILLARUELO LADERAS MARTA, CERDAN MORENO LAURA, VAZ RODRIGUEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Cáncer de vejiga presenta una elevada prevalencia en nuestra población siendo uno de los económicamente más caros de tratar de debido a su elevada tasa de recidivas. En diversas guías clínicas se recomienda la instilación de quimioterapia intravesical postoperatoria para reducir la probabilidad de recidiva, lo más precoz posible dado que ello aumenta la eficacia. Existe una eficacia máxima si se realiza antes de las 6 horas postoperatorias. En nuestro centro este procedimiento se realiza de forma habitual a la mañana siguiente de la cirugía, lejos de las primeras 6 horas. Esto se debe a que se realiza en la unidad de oncología, abierta solamente por las mañanas y la administración se debería de realizar por las tardes, tras la RTU. Por ello pensamos que se está perdiendo la eficacia, lo que conlleva un mayor número de casos a tratar, un peor pronóstico, más recidivas y secundariamente coste sobreañadido.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivo proponemos la optimización de la administración de quimioterapia intravesical aplicándola antes de las primeras 6 horas postoperatorias para reducir la tasa de recidivas, mejorar el pronóstico, optimizar el coste de los tratamientos y secundariamente reducir los costes del tratamiento de las recidivas que evitemos. Pretendemos que la administración se realice en las primeras 24 horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y en las primeras 6 horas en más del 70% de los pacientes una vez el programa esté asentado en nuestro centro.

MÉTODO

1. Consensuar con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de enfermería o la unidad de oncología por la tarde.
2. Se solicitará el fármaco desde quirófano cuando se prevea que lo van a requerir y se podrá administrar en las primeras 6 horas.
3. El facultativo pautará "Administración de quimioterapia intravesical" salvo contraindicación".
4. Seleccionar a personal de enfermería entrenado en la administración del producto o se deberá formar a dicho personal para ello. Conocer las indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, la correcta manipulación, administración y eliminación del fármaco. Enfermería realizará los puntos siguientes.
5. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
6. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
7. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
8. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, el tiempo transcurrido desde la cirugía, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese. Esto puede quedar reflejado en la hoja de evolución de enfermería o en una hoja específica creada al efecto y que permita posteriormente realizar la monitorización del procedimiento.
9. Serán los facultativos miembros del equipo de mejora los responsables del seguimiento periódico del programa y de transmitir la información al resto del personal implicado en el proceso.

INDICADORES

1. Registro de todos los pacientes incluidos en el programa.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a RTU vesical a los que se les consigue administrar quimioterapia antes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

de las 6 horas postoperatorias.

3. Registro de efectos secundarios y complicaciones de la administración del fármaco
4. Registro de los pacientes a los que no se les pudo administrar el fármaco en el plazo previsto y los motivos.

DURACIÓN

1. Octubre 2016: aspectos preliminares (decisión del lugar de administración, informar al personal implicado del programa de mejora...) y selección del personal de enfermería.
2. Octubre y Noviembre 2016: formación, si se requiere, al personal de enfermería que se verá implicado en el programa.
3. Noviembre 2016: inicio piloto.
4. Diciembre 2016: evaluación de los casos pilotos y modificación de los protocolos o actuaciones en caso necesario.
5. Enero de 2017: Inicio formal del programa de mejora.
6. Junio de 2017: evaluación preliminar de los parámetros.
7. Enero de 2018: evaluación del programa tras un año en funcionamiento

OBSERVACIONES

Reenvío acertado

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **