GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 111 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:12:32 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AMB	CME FRAGA	CARDEÑOSA LOPEZ EVA	2019_1369	F	30/01/2020	ELABORACION DE PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
BA	AMB	CME FRAGA	PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES	2019_1372	F	30/01/2020	CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACÉN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO
BA	AMB	CME FRAGA	LOPEZ MUR LEYRE	2019_1375	F	29/01/2020	ELABORACIÓN DE UN CATÁLOGO FOTOGRÁFICO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA LAS INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN
BA	AMB	USM BARBASTRO	ABAD RUIZ ALODIA	2019_0955	F	30/01/2020	GRUPO DE FAMILIARES DEPACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES	2018_0372	S1	21/01/2020	EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRÁMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	F	14/01/2020	INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	F	09/01/2020	MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA
BA	AP	CS AINSA	ARCAS LALIENA ALBA	2019_0338	S1	07/01/2020	REANIMANDO SOBRARBE
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	27/01/2020	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PARDO VAQUERO CARLOS	2019_0182	F	03/01/2020	PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	MARCEN BENEDICO TATIANA	2019_0185	F	03/01/2020	CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2019_0265	F	27/01/2020	ORGANIZACIÓN HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S2	11/01/2020	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	F	26/02/2020	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	F	30/01/2020	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS BENABARRE	LATORRE AGUILAR IGNACIO	2019_0940	F	29/01/2020	SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2019_0954	F	31/01/2020	EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD
BA	AP	CS BENABARRE	ALORDA COMAS JOANA	2019_0997	S1	30/01/2020	ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP: CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BENABARRE	LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE	2019_1296	S1	31/01/2020	ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S3	23/01/2020	MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2016_1526	S3	30/01/2020	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2019_0146	S1	31/01/2020	INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2018_0967	F	29/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	F	29/01/2020	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTÍCIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS BINEFAR	LOU FRANCES GRACIA MARIA	2019_0516	F	25/01/2020	LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2019_1395	S1	29/01/2020	¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S2	17/01/2020	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	F	29/01/2020	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S2	14/01/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA	2019_0051	F	31/01/2020	TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 111 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:12:32 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			EUGENIA				ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	FRANCO ANGUSTO REYES	2019_0121	F	31/01/2020	TALLER HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL CRA ALTA RIBAGORZA. COLEGIO LASPAULES: SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2019_0291	S1	16/01/2020	ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	F	05/01/2020	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	F	29/01/2020	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S2	23/01/2020	PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA
BA	AP	CS FRAGA	RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ	2018_0644	F	27/01/2020	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LAIMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOSPROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES	2019_0136	S1	12/01/2020	EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES
BA	AP	CS FRAGA	SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA	2019_1291	S1	30/01/2020	MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA
BA	AP	CS FRAGA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	MILLANES GALLINAT PATRICIA	2019_0165	F	28/01/2020	COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	F	30/01/2020	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2019_1397	F	30/01/2020	APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2019_0701	S1	30/01/2020	ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	ABRIL ESCO MARIA REYES	2019_1451	S1	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU
BA	AP	CS MEQUINENZA	BARRERO MUÑOZ VANESSA	2019_0073	S1	15/01/2020	ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	AP	CS MEQUINENZA	CALDERO SANTIAGO LIDIA	2019_0074	S1	15/01/2020	MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S3	31/01/2020	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2019_0109	S2	24/01/2020	IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL
BA	AP	CS MONZON URBANO	JAVIERRE MIRANDA ELENA	2016_1437	F	26/01/2020	PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES
BA	AP	CS MONZON URBANO	LAMARCA GAY ROCIO	2019_1443	S1	23/01/2020	GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S2	31/01/2020	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	F	30/01/2020	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	F	21/01/2020	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2019_0183	F	21/01/2020	CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	BETRIAN HERRERA PATRICIA	2019_0706	F	04/01/2020	INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	F	30/01/2020	MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	MARTA CASANOVA CARLO BRUNO	2019_0722	F	31/01/2020	ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 111 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:12:32 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA	2019_0726	F	31/01/2020	MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	VALLE LARREGOLA MONTSERRAT	2019_1184	F	31/01/2020	GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICO A LOS CENTRO DE REFERENCIA PARA ESTUDIO MOLECULARES
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	ALCINA BERTOMEU ROBERTO	2019_1197	F	31/01/2020	REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2019_0369	F	22/12/2019	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	LATRE SASO CRISTINA	2019_0376	F	25/01/2020	USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2019_0724	F	30/01/2020	MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2019_0734	F	30/01/2020	MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRUGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ	2019_0365	S1	17/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALONSO AYERBE LAURA	2019_1038	F	14/01/2020	MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	F	29/02/2020	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	28/02/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIETETICA Y NUTRICION	PALACIN ARIÑO CLARA	2019_0356	S1	25/02/2020	OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	CHARRO CALVILLO MARA	2019_0848	F	27/01/2020	ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL	2019_1278	F	21/01/2020	EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	COSCOJUELA QUIROGA ANA	2019_1344	F	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	PUYAL MELE ANA MARIA	2019_0397	F	14/01/2020	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2019_0323	F	21/01/2020	EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GOMEZ RIVAS PAULA	2019_0742	F	31/01/2020	INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2019_1150	F	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	F	29/01/2020	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN FLOR	2019_0079	F	20/01/2020	CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2019_0333	F	14/01/2020	OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA
BA	HOSP	H BARBASTRO INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2019_0029	F	31/01/2020	SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2018_0119	S2	20/12/2019	VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 111 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:12:32 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	F	21/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	F	14/01/2020	CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2019_0170	F	09/01/2020	DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICAL EN EL PACIENTE CRITICO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2019_0422	S1	14/01/2020	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATACIÓN DE ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	CAMPO SIN ALICIA	2019_0712	S1	28/01/2020	ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BAGÜESTE MORAN PATRICIA	2019_0105	S1	30/12/2019	MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	FRANCO LANAO ALEGRIA	2019_0332	F	27/01/2020	PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BOLEA LADERAS LAURA	2019_0497	F	29/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	MEDRANO MARTINEZ PILAR	2019_0605	S1	31/01/2020	PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	ALPIN DE MUR MARIA ANGELES	2019_0773	S1	31/01/2020	EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	PEYRET FERRER INMACULADA	2019_0811	S1	29/01/2020	MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2019_0490	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2019_0229	F	19/01/2020	VALORACIÓN DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACIÓN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA	2019_0247	F	05/01/2020	CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2019_0656	F	22/01/2020	HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2019_0683	F	24/01/2020	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT9)
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2019_0200	S3	30/01/2020	PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CASTELLA SEGARRA MARTA	2019_0308	F	30/01/2020	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	F	25/01/2020	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2019_0340	F	30/01/2020	ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2019_0099	F	03/01/2020	ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTEPORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA CARMEN	2019_0304	F	27/01/2020	DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2019_0145	F	29/01/2020	PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRÍA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2019_0172	F	03/01/2020	ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO	2019_0507	F	30/12/2019	IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 111 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:12:32 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2019_0178	F	13/01/2020	INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	BLASCO PEREZ NURIA	2019_0894	S1	28/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MESEGUER GAMBON EVA MARIA	2019_1348	F	30/01/2020	PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA
BA	HOSP	H BARBASTRO SALUD MENTAL	RIVAS CALVETE MARTA	2019_1439	S1	31/01/2020	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ
BA	HOSP	H BARBASTRO UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO	MALO ASO ALEJANDRA	2019_0702	S1	30/01/2020	MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	MAR HERNANDEZ IRIS LIVIA	2019_0977	F	20/01/2020	EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	FIERRO UNSAIN MARTA	2019_1083	F	18/01/2020	USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN UROLOGÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

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

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

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

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

Se mejora la calidad asistencial y efectividad en nuestro trabajo diario. Ya que se han unificado criterios de trabajo.
En el momento actual todos los documentos de preparación del material se encuentran disponibles en la red interna del Servicio, pudiéndose consultar fácil y rápidamente; además de disponerlos en formato papel (ubicados en archivadores en la sala de URPA)

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1369

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

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

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

1. TÍTULO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES PEDROSO CARRASQUER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA ZAPATER TERESA
ABADIA AROS ADORACION
OSTARIZ DUESO CONCEPCION
BUISAN NAVAS MARTA

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

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

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

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

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

Nº de registro: 1372

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

DURACIÓN
De 01 abril de 2019 a 31 de junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

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

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

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

Realización de foto individual al instrumental que pertenece a cada caja.Junio 2019
Identificación de la foto de instrumental con su nombre técnico así como con la referencia de la casa comercial. Julio 2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1375

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

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

1. TÍTULO

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

INDICADORES
Catalogo realizado
Nº de cajas categorizadas e incluidas en el catalogo

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DEPACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado el folleto informativo "ENCUENTROS FAMILIARES: GRUPO PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTONRO MENTAL GRAVE" . Estos folletos se están entregando desde las consultas de las dos psiquiatras de la USM de Barbastro.
El contenido de dicho foleto es el siguiente:
IMPORTANCIA DE LA FAMILIA:
Cuando una persona recibe un diagnóstico de una enfermedad mental, y especialmente si se trata de Trastorno Mental Grave (TMG), tiene lugar un fuerte impacto y estado de shock, tanto en el paciente como en sus familiares, influyendo tanto en el proceso de la persona enferma como en la estructura y dinámica familiar.
Los familiares sufren una serie de reacciones que pueden ser de tipo protector, de rabia, de duelo, de culpa, de miedo y que en ocasiones puede llegar a producir hasta un aislamiento social.
Pensamos que los familiares de los pacientes con TMG son parte fundamental en el tratamiento de éstos, llegando a ser determinantes de una buena evolución y pronóstico de su enfermedad.
Desde la USM de Barbastro, pensamos que es importante poder intervenir con los familiares y crear un espacio para vosotros.

QUE QUEREMOS HACER...

Queremos formar un Grupo de Familiares donde se puedan hablar aspectos de interés para éstos, como la sintomatología, la evolución, diagnóstico y tratamiento, herramientas para el manejo eficaz del trastorno y de la convivencia poniendo en común dificultades y soluciones encontradas en diferentes casos.
Al mismo tiempo queremos crear un espacio donde poder expresar libremente sentimientos y preocupaciones en relación a la enfermedad y la situación familiar.
La razón principal de la creación de este grupo responde al hecho de entender que la familia forma parte de la vida de los pacientes, y que como tal, debe incluirse en el tratamiento de éstos, sobre todo y especialmente en los casos con TMG.

OBJETIVOS DEL GRUPO

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

SESIONES Y EQUIPO PROFESIONAL

Estos grupos serán conducidos por la Trabajadora Social donde se fomentará la escucha empática y el apoyo mutuo, haciendo hincapié en reducir los sentimientos de culpabilidad que asumen muchos familiares.
Las sesiones brindarán espacio para descargar tensiones y crearán encuentros de personas con vivencias similares que repercutirán directamente en la sensación de soledad que muchas veces les acompaña.
En función del contenido abordado y de las necesidades e inquietudes que surjan entre los miembros del Grupo se podrá contar con la colaboración otros profesionales de la USM como Psiquiatra, Psicóloga y Enfermera para trabajar sobre ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El folleto ha quedado visulamente llamativo y con una información clara y comprensible.
Por el momento no se ha llegado a poder establecer el grupo como tal y empezar con las sesiones pero se esta creando en la actualidad.
La carga de trabajo de las profesionales y la falta de una de las psiquiatras durante casi todo el primer semestre del año han dilatado el comienzo de la publicidad del grupo. Por otro la resistencia a lo nuevo, en este caso de familiares, hace que de momento nohay salido un mínimo suficiente para empezar.

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

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DEPACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La necesidad de este tipo de grupos y las evidencias cientificas sobre sus beneficios sobre éstos y los pacientes, nos motiva a seguri con proyecto adelante. Actualmente solo hay una entidad que trabaja con familias de los usuarios en grupos, pero se encuentra en otra localidad y se hace necesario poder acercar a otras zonas y falicitar el acceso a este tipo de recurso terapeútico.

7. OBSERVACIONES.
USM BARBASTRO Y USM MONZON

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

Nº de registro: 0955

Título
GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

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

Centro de Trabajo del Coordinador: USM MONZON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los familiares de los pacientes con TMG son parte fundamental en el tratamiento de éstos, llegando a ser determinantes de buena evolución y pronóstico de su enfermedad
Existe evidencia científica relativa que demuestra que la intervención familiar en personas con esquizofrenia reduce las recaídas; síntomas persistentes hay mejor cumplimiento del tratamiento, una reducción significativa de la carga percibida por los cuidadores familiares y se reduce los niveles de emoción expresada dentro de las familias.
Cuando el diagnóstico de una de estas enfermedades se produce tiene lugar un fuerte impacto y estado de shock tanto en el paciente como en sus familiares influyendo tanto en el proceso de la persona enferma como en la estructura y dinámica familiar.
A la hora de intervenir podremos identificar reacciones del tipo protector, rabia, duelo, culpa, miedo, aislamiento social, alta emoción expresada, etc.
La afectación de la familia es importante y como parte del sistema del paciente se hace necesario trabajar con ellos.
Por cuestiones de tiempo y de eficiencia, nos planteamos trabajar a través de grupo con familias.
En un principio se le dará enfoque de grupo de apoyo, entendiendo que pueden darse sesiones de grupo con un enfoque más psicoeducativo. Todo irá determinado por el contenido de las sesiones.

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

MÉTODO

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

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DEPACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

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

INDICADORES
- Nº de familiares participantes en grupo: mínimo 7 familias participantes de un máximo de 10.
- Nivel de satisfacción de los participantes: media > o = a 3 sobre 5
- Nivel de utilidad : media >o = 3 sobre 5

DURACIÓN
- De marzo a mayo de 2019 elaboración de folleto y difusión del grupo.
- Previsión comienzo en mayo, aunque estará sujeto a variación según número de familias interesadas en ese momento.

Fechas: 16 mayo,13 junio, 10 julio,26 septiembre,10 octubre,7 noviembre, 5 diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/01/2020

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

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

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

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0372

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 14/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de este año se prosigue con las consulta monográfica creada para realizar una intervención intensiva en deshabituación tabáquica,en el Centro de Salud de Abiego. Un profesional del equipo acudió a la formación impartida para mejorar el abordaje del tabaquismo en nuestra consulta. Conocimientos que luego se pusieron en común con los restos de miembros del equipo. Pretendemos que en nuestras consultas el tabaco se aborde de forma sistemática y que se mejore la eficacia de nuestras intervenciones.
A lo largo de este año se ha realizado la captación de 6 nuevos pacientes en los que se realiza una intervención intensiva dado su alto grado de motivación. Actualmente se encuentran en seguimiento en nuestras consultas. Inicialmente se realiza una valoración de cada paciente tras la cual, se explica las diferentes opciones de tratamiento disponibles para tratar su dependencia, acompañado siempre del seguimiento por nuestra parte. Se les explica el aumento de posibilidades de abandonar el hábito si se asocia terapia farmacológica, eligiendo el tratamiento más adecuado teniendo en cuenta las preferencias del paciente. Se entrega material de apoyo para dejar de fumar Y se concretan las visitas de seguimiento ofreciendo la consulta telefónica si no pueden acudir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores del proyecto son:

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

Sobre un total de 90 pacientes registrados en el programa de dependencia del tabaco, 6 se han sometido a una intervención intensiva.
Cuatro de esos pacientes han seguido tratamiento farmacológico y dos han acudido a seguimiento en consulta sin recibir terapia sustitutiva ni otros fármacos. Cuatro de ellos continúan sin fumar y dos han recaído.
Respecto al segundo indicador no se han conseguido ex-fumadores por no haber transcurrido el periodo de un año.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0801

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

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

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

INDICADORES
- Nº Pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.

-Nº Pacientes ex-fumadores al año.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Fecha de entrada: 09/01/2020

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos de la medición fueron:
- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/nº total de recogida de muestras
-Nº de peticiones (A.P + Especializada)/total de extracciones.
-Nº de peticiones compartidas de especializada/total de extracciones de especializada
El método de obtención fue a través de los volantes de extracciones y de las agendas del ordenador.
Resultados:
- El porcentaje de pacientes que finalmente traían bien las muestras fue significativo desde un 75% antes de comenzar el proceso, pasando por el 92% en la 1ª monitorización y teminando con un 98,6%.
- El porcentaje de peticiones compartidas (A.P + Especializada) también hubo un resultado positivo, pasando de un 11% a un 96% al final de la 2ª monitorización.

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

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

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

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

Nº de registro: 1440

Título
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

INDICADORES
Los datos para la medición serán:
- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/ nº total de recogida de muestras.

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0338

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

Fecha de entrada: 07/01/2020

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se realizaron encuestas de satisfacción, en las cuales los asistentes valoraron muy satisfactoriamente todas las sesiones realizadas, tanto teóricas como practicas, asi como la adapabilidad de las mismas a los diferentes niveles de los asistentes.
-Evaluando el grado de participación de las instituciones, centros....creemos que para empezar estre año se han realizados bastantes sesiones, y algunas con posibles ampliaciones en un futuro
-Las instituciones, colegios, asociaciones... donde se llevaron a cabo las sesiones quedaron satisfechas con ello y con ganas de profundizar más en algunos aspectos.
-Creemos que es un proyecto con futuro, ya que nuevas instituciones y centros, tanto donde ya se han llevado a cabo como los que aún no, se están interesando por la realización de nuevas sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración sobre este proyecto en general ha sido muy satisfactoria, creemos que es un proyecto de continuidad y que puede hacer una muy buena labor en nuestra población.

Queda pendiente llegar a más población y más difusión sobre este proyecto

También esta pendiente alguna sesión ya programada para este curso, ya que hemos establecido contacto ya con el AMPA del colegio de Ainsa para realizar varias sesiones a lo largo del curso a los padres de esta asociación.

Por esto mismo creemos que es un proyecto con futuro y que debería ser un proyecto de continuación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/338 ========== ***

Nº de registro: 0338

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0338

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

Título
REANIMANDO SOBRARBE

Autores:
ARCAS LALIENA ALBA, PERA FERRAZ CARMEN, BAGÜES CASAS SONIA, LOPEZ CALZON PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el escaso conocimiento de la población en este aspecto y la importancia de formar a la gente sobre RCP en la zona y la creciente demanda que nos han hecho llegar desde centros e instituciones hemos creído pertinente realizar un proyecto, con el objetivo de formar al mayor numero de gente posible.

RESULTADOS ESPERADOS
-Máxima difusión de la reanimación cardiopulmonar en el Sobrarbe.
-Iniciar con este proyecto un taller anual de RCP en el Colegio Asunción Pañart y añadirlo a la agenda comunitaria del centro.
-Intentar implantar cursos/talleres anualmente en diversas instituciones y centros de la zona.

MÉTODO
Se han concertado ya dos sesiones en el colegio Asunción Pañart de Ainsa y se ha hablado con otros colegios de la zona (Boltaña, Tierrantona, Broto) para la realización del taller.
Se plantea ofertarlo a la asociación de madres, padres y alumnos (AMPA) de los colegios antes citados, asi como proponerlo también a cuidadores, profesores y trabajadores en general de los centros.
También hablaremos con la Residencia la Solana de Ainsa para ver si estarían interesados en el taller.
Por otro lado intentaremos ponernos en contacto también con sociedades deportivas de la zona que pudieran estar interesados (Club de futbol, atletismo....)

INDICADORES
-Realizaremos encuestas de satisfacción una vez acabadas las sesiones (en caso del colegio, a los profesores)
-Evaluaremos el grado de participación de las instituciones y centros.
-Evaluaremos el grado de satisfacción de los activos sociales
-Evaluaremos la promoción y difusión del proyecto.

DURACIÓN
Por el momento hay dos sesiones (5 y 7 de Marzo) en el colegio Asunción Pañar de Ainsa.
El resto del calendario está aún por determinar, a la espera de confirmación por parte de algunos centros y a la espera de contactar con otros.
La evaluación se realizará a final de año, se realizará una reunión con el equipo para valorar el proyecto en sí y su introducción en la agenda comunitaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

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

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

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

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

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

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

Nº de registro: 0285

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

Autores:
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

DURACIÓN
La duración será indefinida, ya que siempre habrá nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.
Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.
Fecha de inicio prevista: 10/04/2018
Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0182

1. TÍTULO

PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS PARDO VAQUERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCEN BENEDICO TATIANA
LOPEZ ESPOLIO MARTA
AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER
ARNAL CALVO BLANCA
MORERA TARDOS MARIA PILAR
PORQUET GRACIA HELGA MARIA
GARCIA FERNANDEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se impartieron 2 charlas, una en la residencia de Belver de Cinca y otra en el centro de mayores de Albalate de Cinca.
Se cumplio el calendario establecido en el plan inicial
Se empleo un ordenador y un proyector. Se elaboro varios power point para impartir las sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
el proyecto tuvo gran acogida y seguimiento por parte de la poblacion y personal de la residencia asistente, consiguiendo mejorar los conocimientos tanto teoricos como practicos del cuidado de estos pacientes y de los propios cuidadores.
Todo el proyecto impartido se ha basado en la busqueda de material bibliografico actual y en la evidencia cientifica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que ha sido muy util y asi nos lo hicieron saber la mayor parte de los asitentes pero seria adecuado impartir mas charlas para recordar y reforzar los conocimientos y nos permitiera llegar a mas poblacion (dar charlas en mas pueblos).
El coste economico del proyecto ha sido nulo (inversion en tiempo de preparar el material), solo hemos gastado en gasolina en los desplazamientos al centro de salud y a los lugares donde se impartieron las sesiones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/182 ========== ***

Nº de registro: 0182

Título
PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

Autores:
PARDO VAQUERO CARLOS, MARCEN BENEDICO TATIANA, LOPEZ ESPOLIO MARTA, AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER, ARNAL CALVO BLANCA, MORERA TARDOS MARIA PILAR, PORQUET GRACIA HELGA MARIA, GARCIA FERNANDEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido al envejecimiento de la población en la zona, ha habido un aumento de casos de demencia que requieren cuidados y educación sanitaria para los cuidadores habituales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0182

1. TÍTULO

PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad vida de estos pacientes y de los cuidadores.
Esta formación esta orientada hacia los cuidadores de las residencias y cuidadores en general de estos pacientes

MÉTODO
Sesión formativa de 1 hora de duración donde se expondrá con soporte informático, el material a impartir
Se realizará en un espacio público facilitado por el ayuntamiento del pueblo en cuestión.

INDICADORES
Realizaremos entrevistas individualizadas a los cuidadores para valorar las necesidades individuales y grupales que presenta este grupo de población.

DURACIÓN
Se realizaran los lunes de Mayo varias sesiones dependiendo de la acogida que tenga en los diferentes núcleos de población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0185

1. TÍTULO

CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TATIANA MARCEN BENEDICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO VAQUERO CARLOS
LOPEZ ESPOLIO MARTA
AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER
ARNAL CALVO BLANCA
MORERA TARDOS MARIA PILAR
PORQUET GRACIA HELGA MARIA
GARCIA FERNANDEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron dos sesiones formativas.
Una sesión se realizó en la residencia de ancianos Nuestra Señora de Pilar en Belver de Cinca. En dicha sesión se convocó al personal de la residencia, y se trató de forma más profesional el tratamiento de los pacientes encamados, se explicaron signos de alarma en piel para evitar la aparición y/o empeoramiento de úlcera, se expuso la forma de evitar la aparición de ellas con técnicas de hidratación, nutrición, protección local,... y se realizó un taller explicativo de cambios posturales y medidas posicionales para evitar la aparición de úlceras.
La segunda sesión se realizó en un centro del ayuntamiento de Albalate de Cinca, esta sesión se dirigió a la población general, haciendo llamamiento especial a personas cuidadoras de pacientes encamados. En dicha sesiónse expusieron los mismos contenidosque en la anterior, pero adaptada a la población, haciendo especial hincapié en los signos de alarma en piel y en favorecer los cambios posturales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la residencia de ancianos, se han mejorado los protocolos de cambios posturales y observacion de zonas de riesgo de úlceras, pautando unas normas diarias en la movilización de los pacientes. Con esto se ha conseguido, especialmente, el aumentar la alerta entre personal auxiliar para avisar a personal de enfermería en situaciones de riesgo y así evitar aparición de úlceras o emporamientos de la ya existentes.
A nivel de la población general, se ha conseguido que los cuidadores tengan unas indicaciones que seguir para mejorar la calida de vida del paciente encamado y reconozcan lesiones en piel que pudieran derivar en úlceras .Lo cual al cuidador le da más seguridad en sí mismo y en las actuaciones que realiza sobre elpaciente encamado.
Dada la naturaleza de la sesión es dificil cuantificar la mejora de la situación de los pacientes, aunque de forma subjetiva, en entrevistas a cuidadores se observa mejoría de satisfacción a nivel del cuidador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realización de las sesiones informativas, tanto a nivel profesional, como a la población general, hemos llegado a la conclusión de que la valoración ha sido satisfactoria, ya que en una zona rural, como en la que se ha realizado, la población general tiene dificultades para formarse. Y en estas zonas donde la población ha envejecido y cada vez hay más pacientes encamados, se necesitan realizar labores de formación a los cuidadores, enseñandoles labores básicas y prácticas que mejoren la calidad de vida del paciente y la seguridad en el cuidador de que está realizando una labor adecuada.
Dada la buena acogida de la población, desde el centro de salud se estudia la posibilidad de incluir en "Agenda Comunitaria".

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/185 ========== ***

Nº de registro: 0185

Título
CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

Autores:
MARCEN BENEDICO TATIANA, PARDO VAQUERO CARLOS, LOPEZ ESPOLIO MARTA, AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER, ARNAL CALVO BLANCA, MORERA TARDOS MARIA PILAR, PORQUET GRACIA HELGA MARIA, GARCIA FERNANDEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0185

1. TÍTULO

CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido al envejecimiento de la población, esta aumentando el numero de pacientes encamados que requieren cuidados especiales, por lo que creemos es necesario impartir esta sesión grupal

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de los cuidados a este tipo de pacientes y prevenir las complicaciones derivadas del encamamiento
Aumentar los conocimientos de los cuidadores sobre la movilización de pacientes e higiene postural.

MÉTODO
Sesión formativa de 1 hora de duración con ejercicios prácticos de movilización del paciente

INDICADORES
Se realizará una entrevista individualizada a la población participante para valorar sus conocimientos
Se realizarán también una parte práctica sobre movilización de pacientes y de cuidados generales de la piel

DURACIÓN
La sesión tendrá una duración de 1 hora a impartir en mayo, el número de sesiones dependerá de la acogida por parte de la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0265

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó a todos los consultorios la entrega en Admisión de las HC de los pacientes fallecidos, lo cual se realizó progresivamente durant eel año 2019, debido al volumen acumulado en algunos consultorios locales. Se ordenaron alfabéticamente todas las HC respetando la separación por localidades. Como el volumen de documentos era importante (no se habían traído nunca historias de fallecidos nunca de otros consultorios al Centro de salud), se redistribuyó el espacio en la sala de archivo del Centro de Salud, siendo el resultado muy positivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todas las HC de los pacientes fallecidos se han trasladado a la Sala de Archivo del Centro de Salud. Se habilitaron varios cajones archivadores para ubicarlas y tenerlas bajo custodia respetando las medidas de seguridad imprescindibles para ello. Se ordenaron alfabéticamente, y se procedió a su archivo, ubicando las historias de cada localidad en un archivador diferente, para facilitar su localización en caso necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tener las historias juntas facilita su control y localización; además libera de espacio a los consultorios locales que estaban acumulando demasiadas HC sin tener un sitio destinado para este uso. Esta actividad hay que seguir realizándola mientras haya HC en papel, para lo cual se ha creado un circuito que ya está comprobado que funciona perfectamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/265 ========== ***

Nº de registro: 0265

Título
ORGANIZACION HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

Autores:
SORINAS FORNIES SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todas las historias de los éxitus están repartidas por los Consultorios Locales, los cuales no disponen de mucho espacio para ello y provoca dispersión de estas historias.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener centralizadas y ordenadas todas las historias clínicas de los éxitus, debidamente ordenadas, en el Centro de Salud.

MÉTODO
- Contactar con todos los consultorios locales para que nos traigan sus historias.
- Adaptar unos archivadores que actualmente están fuera de uso para que contengan dichas historias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0265

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

- Ordenar alfabéticamente dichas historias y proceder a su archivo y custodia en el Centro de Salud.

INDICADORES
Comprobar que todos los Consultorios han traído sus historias y están debidamente ubicadas en el Centro de Salud.

DURACIÓN
Indefinido. En un principio nos traerán todas las historias de fallecidos que tengan y posteriormente irán trayendo las de los pacientes que vayan falleciendo. La próxima semana solicitaré que me traigan las historias de un consultorio, y cuando acabe de acomodarlas aquí debidamente ordenadas, lo haré con otro consultorio y así sucesivamente hasta completarlos todos. Este tema fué ya comentado en una reunión del EAP y todos estuvieron de acuerdo en su necesidad. La responsable de la implantación seré yo, como Auxiliar Administrativa del Centro de Salud de Albalate de Cinca.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 11/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ARNAL TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO ACIN ARANCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Tras realizar los talleres en las cinco residencias de la Zona Básica de Salud del Sector Barbastro (Memoria 12/01/2018)se extrapolo dicho taller a la Asociación de Alzheimer de Barbastro, Centro de Día Edad 3 de dicho municipio, así como a las Residencias de Mayores de la localidades de Ainsa y Benabarre, finalizando en el Hogar de Mayores del IASS de Barbastro. La población a la que iba dirigida era igualmente profesionales sanitarios, cuidadores,trabajadores y familiares vinculados con ancianos con dicho trastorno de la deglución y relacionados con dichas asociaciones y residencias. El objetivo como en los anteriores talleres fue visualizar este trastorno de la deglución, dando a conocer su concepto, la población más prevalente a padecerlo,la identificación precoz de signos y síntomas así como las complicaciones relacionadas con la eficacia y la seguridad en los ancianos que la sufren y la elaboración en ellos de un plan de cuidados específicos e individualizados.
-La dinámica de los talleres se apoyo en la presentación de la exposición en formato power-point y visualización posterior del video sobre disfagia elaborado por CADIS-HUESCA, así como en la demostración práctica del uso y manejo de espesantes, elaboración de recetas culinarias adaptadas en textura y cata posterior de dichos platos culinarios. Se les hizo entrega a todos los asistentes al taller de material didáctico y formativo de lo explicado durante la sesión.
-A destacar fue la realización de dicho taller en el Centro de Salud de Binefar dirigida exclusivamente a medicos y enfermeras de dicho centro de salud cuyo objetivo fue que estos llevaran a cabo dichos talleres de disfagia en su Zona Básica de Salud. Se utilizo la misma dinámica activa tanto en la exposición como en la demostración práctica del uso de espesantes y recetas culinarias adaptadas en textura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha visualizado la disfagia y se ha dado a conocer dicho trastorno olvidado e infradiagnosticado en nuestros ancianos, el boca a boca hizo que todos los talleres fueran solicitados por correo electrónico a la Dirección de Enfermería del Sector Barbastro autorizando la dirección la realización de estos en todas las asociaciones y residencias que lo solicitaban.
-Se ha objetivado a través del sistema OMI-AP que los ancianos que presentaban disfagia orofaringea en las cinco residencias de nuestra zona básica de salud no han presentado ingresos hospitalarios por broncoaspiración en este último año.
-Se ha consultado telefónicamente con las direcciones de todas las residencias, asociaciones y centros donde se ha impartido el taller y han constatado una mejor calidad de vida de estos ancianos con dicho trastorno y un mejor cuidado en ellos posteriormente a la realización de dicho taller formativo.
-Se ha incorporado un robot de cocina en la Residencia de Estadilla para mejorar la textura de los alimentos en las dietas de los ancianos con disfagia orofaringea.
-Inclusión como profesionales sanitarios en el grupo de trabajo de Gastronomía Inclusiva (H+I) llevado a cabo por CADIS-HUESCA cuyo objetivo es mejorar la situación a la que se enfrentan diariamente personas con discapacidad y/o dependencia así como personas mayores, los cuales se ven obligados a seguir una dieta basada en alimentos triturados debido a la disfagia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-A lo largo de estos años impartiendo estos talleres sobre disfagia orofaringea, la mejor motivación para continuar con esta actividad comunitaria es seguir formando a la población para que ellos a su vez sean formadores también en dicho trastorno de la deglución y todos juntos mejoremos la calidad de vida de nuestros ancianos con disfagia orofaringea.

7. OBSERVACIONES.
-Continuaremos formando en disfagia orofaringea durante el presente año.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1550 ========== ***

Nº de registro: 1550

Título
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
ARNAL TORRES ANA MARIA, PUEYO ACIN ARANCHA, VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Justificación de la actividad comunitaria: Los últimos estudios del 2015 realizados por el Ministerio de Sanidad demuestran que la Disfagia Orofaringea afecta a un 84% de las personas con Alzheimer, 50% de los pacientes con PARKINSON y entre un 10%-30% de los pacientes tras sufrir un ICTUS. Así como dichos estudios indican que entre un 40 %-50% de nuestros ancianos presentaran PRESBIFAGIA (disfagia por el proceso de envejecimiento).
Ámbito de aplicación: Programa piloto: Residencia de Estadilla, la cual cuenta con 68 residentes y un 25% -30% de pacientes con prescripción de espesante.
Nuestra meta es conseguir con este programa piloto en dicha residencia que las personas con disfagia orofaríngea reciban una alimentación EFICAZ Y SEGURA disminuyendo las complicaciones e ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.
Cuidadores de residencias (auxiliares de enfermería, gerocultoras, familiares.

Objetivos de la Actividad:
1- Identificar los grupos de riesgo y los principales signos y síntomas de disfagia en ancianos institucionalizados
2- Detectar precozmente la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo.
3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en disfagia orofaríngea.
4. Disminución ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIÓN .

MÉTODO
Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.
Si sospecha disfagia por síntomas de alerta se realiza cribado por parte de enfermera de AP (Anexo I). Se cita al paciente con el medico de familia para ínter -consulta con geriatría (realización test de disfagia).Tras el diagnóstico se incluirá al paciente programa piloto de cuidados específicos en residente con disfagia orofaríngea,realizados por el personal cuidador de la residencia.

Se realizaran las siguientes actividades de formación para cuidadores de residencia:
Taller de abordaje en persona con disfagiaorofaringea: signos y síntomas de alerta cuidados específicos y tratamiento individualizado.
Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.
Recordatorio del taller pasados tres meses. Se pasara test de conocimiento antes del taller y posterior a los tres meses.
Recordatorio test (ANEXO II)
Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:
Enfermeras del Centro de Salud de Barbastro: Ana Mª Arnal Torres, Arancha Pueyo Acín, Noemí Valdovinos Fernández.
Cuidadores de residencia.
Materiales didácticos: Guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARíNGUEA.
Listado de registro de pacientes incluidos en dicho programa (Anexo III)

INDICADORES
-Nº de pacientes hospitalizados por causa relaccionada con la disfagia/Nª de pacientes comn disfagia en la residencia.
-Nº de cuidadores aistentes al curso (proporción)
-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)
-Nº de cuidadores a los que pasados 3 meses de la formación, han obtenido la calificación de medio ó alta(tes de conocimiento de disfagia)/ Nº de cuidadores que han realizado el curso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

DURACIÓN
El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:
--Se empezará por detectar la prevalencia de pacientes con Disfagia en la resicencia.
-Presentación del Proyecto al equipo
-Captación de cuidadores y familiares implicados con las comidas de los pacientes en la residencia.
-Se pasará el Tes de conocimiento de Disfagia, seguidamente de impartirta el taller.
-Pasados tres meses en enero de 2018 se vlvera a pasar el tes de concimiento y se volvera a realizar el taller de recuerdo.
-Evaluación de resultados.
-En el segundo semestre de 2018, se realizará el taller en dos residencias de Barbastro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA PLAYAN CARRODILLA
CASTARLENAS SANMARTIN LOLA
FORNIES LACOSTA PILAR
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
ANIA MELON JAVIER
LOZANO ALONSO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha impartido una sesión al EAP sobre EPOC y uso correcto inhaladores
-Con la finalidad de detectar pacientes con EPOC que no estén correctamente diagnosticados, se ha realizado un estudio de todos los pacientes que en su tratamiento crónico tienen pautada medicación inhalada y se han clasificado por profesional . Los listados con los resultados se han enviado a cada profesional para que corrijan y cambien, si procede,el diagnostico del episodio .
- Se ha impartido nueva tanda de sesiones de formación a pacientes diagnosticados de EPOC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Un 60% del personal del EAP participo en la sesión sobre EPOC e Inhaladores
- El estudio sobre si se ha aumentado el porcentaje de diagnostico EPOC en el Centro todavía no se ha terminado y aunque de forma objetiva se van detectando mas diagnósticos EPOC, hasta que se terminen de estudiar todos los casos, no se podrán dar resultados comparativos de antes y después del estudio.
- De todos los pacientes a los que se impartió formación,solo uno de ellos falto a una sesión.
-. El 80% de pacientes del grupo de educación grupal tenia tratamiento con inhalador de polvo seco. Frente a un 20%, que estaban con tratamiento combinado (polvo seco y sistemas presurizados).En la valoración del test realizado previo a la formación, el 37.5 % tuvo un error, el 25% 2 errores, el 12.5 % 3 errores, el 12,5 % 4 errores, el 12.5 6 errores.
De los pacientes que estaban en trat.con sistemas presurizados (20% del total) el 50% cometió 4 errores el otro 50% no cometió ningún error.
-Después de la formación el 50% no cometió ningún error, el 33,3% cometió un error y el 16,67% cometió 2 errores.
-También se han analizado el test de conocimientos Pre-formación, post -formación (15 días después) y 3 meses después de la formación.
-La valoración global de los pacientes a los que se les ha impartido formación y su grado de satisfacción es muy alta, solo en algún caso se ha cuestionado el sitio donde se imparten las sesiones (salón de actos). Las características estructurales del Centro son muy deficientes pero no se dispone de un sitio mejor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los resultados obtenidos durantes estos 2 años en que han ido impartiendo sesiones de formacion creemos que esta actividad debe pasar a formar parte de la oferta que nuestro centro da sus usuarios y continuaremos dando sesiones de formacion en grupo a los pacientes EPOC

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIOENTES CON EPOC

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIETE MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el cuidado de su enfermedad.
Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.
A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL
Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:
Pacientes con diagnostico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometria con FEV1< 70 con broncodilatación).
Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

MÉTODO
METODOLOGIA
1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción…) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

INDICADORES
INDICADORES
1- Nº de profesionales asistentes al taller/ Nº de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores,
Nº de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ Nº total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartiéndose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)
1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES
2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO
Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA
4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.
5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017
6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMARIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC
7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se cumple con las expectativas de asistencia al 50%, de 20 ptes (4 ptes por cada cupo) admiten querer participar, estan muy interesados, 10 pacientes aunque finalmente vienen 8, y 5 de ellos con acompañante.
Como son 8 pacientes, valoro numericamente del 0 al 8 en grupo, por ejemplo, si todos lo han conseguido es 8 la valoracionsi sólo 3, puntúo 3.
Indicadores:
1. Aumento de conocimientos básicos sobre EPOC y conciencia de su enfermedad crónica: 8
2. Manejo por parte de los acompañantes/ pareja/ propio paciente de los signos y signos de alarma que son importantes para avisar aservicio de urgencias o actuar en domicilio actuando correctamente para aliviar sintomas: 8
1. Buen uso de inhaladores y cámara. Oxigeno domiciliario Y CEPAP:8
2. Informacion actualizada sobre alimentos procesados y ultraprocesados y alimentos saludables.: 7
3. Dejar de fumar, fumaba 2 y dejande fumar los 2.
4. Conocimiento sobre técnicas de relajación para momentos de exacerbacion: 7
5. Realizazcion correcta sobre respiracion diafragmática y jacobson: 3
6. Ejercicio aeróbico diario de 30 min mínimo para mantener fondo físico y aumento de tono muscular con ejercicios de fuerza específicos: 3
7. Conciencia de revision semestral en consulta de enfermería si hay dudas sobre tratamiento de la enfermedad.
8. Administración de vacuna Neumococo 23 por protocolo vacunacion adultos actualizado en junio de 2019 además de la antigripal: 8
9. Expulsion de secrecciones y técnica de clapping correcta.
10. No tener infecciones respiratorias: 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización del taller ha sido fácil a pesar de que hay que coordinar la disponibilidad del personal y de los pacientes, de 9:30 a 11h es buena hora y solo 4 dias al mes, dos meses al año, es posible llevarlo a cabo.
Este taller se realizó en 2018 y los pacientes eran mas mayores, encuentro mayor dificultad para informar de la importancia de mantener los hábitos saludables pertinentes y que evitan la exacerbación y las complicaciones como infecciones respiratorias graves/ neumonía.
Con pacientes de entorno a 70 años es más fácil transmitir e integrar formación y consejos que con mayores de 80 años.
Nuestra formación como profesionales y actualización en investigaciones y estudios de metaanalisis actuales es muy positivo para mantener motivación y hacer adecuada la transmision de consejos y educación para la consulta particular. La educación en grupo es muy positiva para su concienciación y empatía para con la pareja/paciente y la interación del mantenimiento de rutina aconsejada para mantener la enfermedad sin complicaciones.

7. OBSERVACIONES.
Se incluyó en el acuerdo de gestion de 2019 del Centro de Salud de Albalate de Cinca porque en mi anterior contrato yo estaba alli.
El primer año de realizacion, 2018 estaba incluida Beatriz Palacin Eltoro, en el 2019 no la incluyo porque no pudo participar ya que se encontraba de baja por maternidad.

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

1. TÍTULO

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

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

Nº de registro: 0326

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

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad repiratoria inflamatoria, prevencion y control de sintomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es responsabilidad de enfermería.
Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión)tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudizacion, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando mas tiempo y atención desdenuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.
El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crçonica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptándo la circunstancia de la forma mas positiva posible.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conocimiento de enfermedad crónica, informacion general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educacion.
-Signos y sintomas de la agudización y cómo actuar ante ella.
- Instruir en cada sesion sobre prevención con hábitos saludabes: alimentacion, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitacion respiratoria,deshabituación tabáquica, tecnicas de relajación con respiracion abdominal/ diafragmática, escucha activa.
Que el pte y acompañante que convivenen el domicilio familiar esten informados y sin dudas respecto de la actuacion ante la enfermedad. La informcion es poder.
Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.
Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desfracia.

MÉTODO
Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.
Evaluacion de situación y de las necesidades.Puesta en marchadel proyecto. Criterios de seleccion.
Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesion.
Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionan enfermos crónicos y pareja segun criterio diagnostico previo de EPOC O ASMA CRONICA, todos con espirometría realizada y seguimiento dificil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Seran llamados por el personal y citados a educacion grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.
Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.
Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayunatmiento con proyector para visualizacion power point.

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0940

1. TÍTULO

SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO LATORRE AGUILAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA IBAÑEZ ANA
CODINA MARCET MIREYA
NICOLAS ALBA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO SE INICIARON EL 14/3/2019 Y FINALIZARON EL 20/5/2019.
TOTAL DE SESIONES REALIZADAS EN EL COLEGIO DE BENABARRE: 10. CADA UNA DE ELLAS CONSISTENTE EN UNA PARTE TEORICA CON APOYO DE POWERPOINT, DE UNOS 20 MINUTOS DURACION, Y OTRA PRACTICA EN FORMA DE ROL PLAYING POR GRUPOS DE 5 ALUMNOS MAXIMO (UNO DE ELLOS DA LAS EXPLICACIONES OPORTUNAS, PIZARRA EN MANO, MIENTRAS LOS OTROS TEATRALIZAN LAS DISTINTAS SITUACIONES PLANTEADAS). TODO ESTO ES GRABADO EN VIDEO PARA, POSTERIORMENTE, ANALIZAR Y EVALUAR (PREVIO A LA GRABACION SE REALIZAN VARIOS ENSAYOS QUE PERMITEN REFORZAR EL CONOCIMIENTO DE LA SITUACION ABORDADA, DADA LA IMPLICACION PARA OBTENER UNA "BUENA GRABACION").
LA SESION FINAL CONSISTE EN UNA PUESTA EN ESCENA, CON PARTICIPACION DE TODOS LOS ASISTENTES A LA VEZ, EN LA QUE SE RECREA UNA SITUACION CATASTROFICA EN EL AULA (TERREMOTO) EN LA QUE SE VAN ABORDANDO TODAS LAS SITUACIONES TRABAJADAS EN LAS SESIONES ANTERIORES. IGUALMENTE SE GRABA EN VIDEO CADA UNA DE ELLAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LA PARTICIPACION HA SUPERADO EL 20% DE LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL CRA RIBAGORZA ORIENTAL DE BENABARRE.
SE REALIZARON PRUEBAS DE CONOCIMIENTO PREVIO (PRE-TEST) Y POSTERIOR A LAS SESIONES (POST-TEST), DIFERENCIANDO DOS GRUPOS DE ALUMNOS: LOS MAS PEQUEÑOS DE 1º,2º Y 3º DE PRIMARIA Y LOS DE 4º, 5º Y 6º DE PRIMARIA, OBTENIENDOSE MEJORA MEDIA SUPERIOR AL 20% DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN OBJETIVOS.
LA EVALUACION PRACTICA MEDIANTE CHECKLIST TRAS LA VISUALIZACION DE LOS VIDEOS DE "DOCTUBERS" DIO COMO RESULTADO UNA NOTA MEDIA SOBRE 10 DE 6 EN EL PRIMER GRUPO (ALUMNOS DE 1º,2º Y 3º DE PRIMARIA) Y DE 8,3 EN EL SEGUNDO GRUPO (ALUMNOS DE 4º,5º Y 6º DE PRIMARIA).
LA ENCUESTA DE SATISFACCION GLOBAL DIO COMO RESULTADO "ALTA SATISFACCION" DE TODOS LOS PARTICIPANTES EXPRESANDO SU DESEO DE REPETIR LA EXPERIENCIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LO PRIMERO A DESTACAR ES LA ALTA PARTICIPACION E IMPLICACION DEL ALUMNADO DE PRIMARIA DEL CRA R. O. DE BENABARRE, QUIZAS DEBIDO AL FORMATO EMPLEADO CON SESIONES DE ROL-PLAYING Y GRABACION EN VIDEO (PREVIA SOLICITUD DE AUTORIZACION PATERNA), LO QUE SUPONE MAYOR POSIBILIDAD DE APRENDIZAJE Y DOMINIO DE LOS TEMAS ABORDADOS.
ESTO SE CONCRETA EN LOS RESULTADOS DE LAS DISTINTAS EVALUACIONES REALIZADAS EXPRESADOS EN EL APARTADO ANTERIOR.
DESDE EL EQUIPO QUE HA DESARROLLADO EL PRESENTE PROYECTO SE CONSIDERA CONSEGUIDOS LOS OBJETIVOS DE INCREMENTAR LOS CONOCIMIENTOS RESPECTO A LOS TEMAS ABORDADOS ASI COMO LA SENSIBILIZACION HACIA LA PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTO-JUVENIL.
LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SU REALIZACION NO SUPONEN INCONVENIENTE PARA QUE ESTA INICIATIVA SE REPITA, AL MENOS CON PERIODICIDAD BIANUAL, LOGRANDO ASI EL "REFRESCO" DE LA TEMATICA ABORDADA PARA LOS ALUMNOS QUE PERMANECEN EN ESTE CICLO Y LA INCORPORACION DE NUEVOS ALUMNOS QUE SE ACCEDEN AL CICLO FORMATIVO DE PRIMARIA.

7. OBSERVACIONES.
QUEDAN A DISPOSICION LOS DOCUMENTOS ELABORADOS (TEST, ENCUESTAS, VIDEOS...) PARA POSTERIORES COMPROBACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/940 ========== ***

Nº de registro: 0940

Título
SALUD COMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO “DOCTUBERS”

Autores:
LATORRE AGUILAR IGNACIO, GRACIA IBAÑEZ ANA, CODINA MARCET MIREYA, NICOLAS ALBA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0940

1. TÍTULO

SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos, actuaciones en urgencias y emergencias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Atención Comunitaria

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Integrado en el marco del proyecto de desarrollo de capacidades del alumnado del CRA Ribagorza Oriental de Benabarre, nace esta propuesta de actividades de formación activa, ya que desde el punto de vista del profesional sanitario del C S Benabarre, existe una necesidad de formación y correcto manejo de las diferentes situaciones tanto de urgencia para la salud como de emergencia vital de todos los individuos, incluyéndolo en el marco de la educación para la salud comunitaria realizada en el centro educativo, además de promover la sensiblización hacia la prevención y promoción de la salud en la población infanto-juvenil.
Todo el personal sanitario que trabajamos en la urgencia extrahospitalaria hemos atendido emergencias con resultado de muerte o grave incapacidad porque los testigos que rodeaban al paciente no supieron actuar para ayudarle. Es habitual las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere. Destacamos la necesidad de una correcta atención precoz y activación de alerta sanitaria ante un evento de riesgo vital de cualquier individuo en la vida cotidiana y/o laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Reconocer las diferentes situaciones de riesgo para la salud y/o emergencia
2.- Conocer la cadena de supervivencia.
3.- Aprender los primeros auxilios, las complicaciones y acciones que no deben realizarse. 4.- Aprender las principales maniobras de Soporte Vital Básico,(valorar signos de vida, RCP, maniobra frente-mentón...) hasta la llegada de atención profesional.
5.- Conocer y manejar (grupo de 10 a 12 años) el equipo DEA-DESA. hasta la llegada de atención profesional.
6.- Conocer y realizar las maniobras de atención precoz para desobstrucción de vía aérea ante OVACE.

MÉTODO
7 talleres de dos horas de duración c/u. Formación de la materia con apoyo de material didáctico audiovisual (power point) y material de formación, y “formación activa”, en la que el alumnado se someterá a la realización de las actividades previstas en cada sesión a través de role playing-caso siempre supervisado por el profesional sanitario y apoyo del profesorado asignado a la tarea. (metodología CBL: Challenge Based Learning)
Al final de cada taller, dos alumnos de cada grupo serán los“doctubers”en prácticas, Explicarán y dirigirán con técnica role playing-caso al resto de sus compañeros, y lo tendrán que resolver. Sera grabada en video en primera persona, tipo “youtuber”.
En función de los grupos de edad, se trabajará unas actividades u otras, con material adaptado a cada una:
Grupo 1: (1º, 2º y 3º de primaria):
Prácticas con diversos materiales cotidianos, para conseguir teatralizar situaciones: quemaduras, golpes, picaduras, heridas....etc. Material botiquín (AMBOS GRUPOS)
Traerá cada niño un peluche o muñeco al taller para realizar las prácticas con el peluche.
Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS, respira o no, masaje cardíaco, maniobra de Heimlich, todo con el peluche.
Aprenderemos con canciones para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor.
Grupo 2: (4º, 5º y 6º de primaria):
112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oir y sentir), PLS, RCP
Prácticas con maniquíes del masaje cardíaco.
Prácticas con DESA de formación.
Prácticas de Posición Lateral de Seguridad y atragantamiento
Prueba teórica de conocimientos básicos, para evaluación teórica, tipo test con app “plickers”
Al final de los talleres de formación, los alumnos deberán realizar una macro-sesión final, donde deberán formar al resto de alumnado, con maniquies y muñecos.

INDICADORES
Realización de, al menos, 7 talleres.
Nº alumnos CRA R.O. de Benabarre (de primaria) que asisten a la formación/ nº alumnos CRA R.O. de Benabarre (de primaria) x 100 = > 20 %
Pre-test y post-test para evaluar los conocimientos teóricos adquiridos por los alumnos. Mejora media de resultados en un 20%.
Evaluación práctica mediante checklist tras la visualización de los videos de “doctubers”. Los alumnos alcanzarán una nota media de 6/10.
Encuesta final de satisfacción global con la actividad. La satisfacción global será moderada-alta / alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0940

1. TÍTULO

SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"

```
DURACIÓN
1-15 Marzo: elaboración de los test, checklist, encuesta satisfacción y programación de videos.
7 talleres de dos horas de duración c/u, uno por semana.
Inicio de los talleres, jueves 14 de marzo de 2019,.
Fecha prevista de final : jueves 30 de mayo de 2019 .

OBSERVACIONES
Plantear la realización anual o bianual de similares talleres en la población infanto-juvenil, con la
correspondiente evaluación previa y post de los conocimientos.


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

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0954

1. TÍTULO

EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE AGUILAR IGNACIO
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE
MUZAS BERGES PAZ
ALQUEZAR LABAD MARISA
CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado sesiones formativas, en numero de 4, a lo largo del año 2019, dirigidas a la población de nuestra zona:
1- "RCP básica y manejo del desfibrilador": Realizada en el local social de Tolva, el pasado 1/8/2019, con asistencia de 29 personas, por personal medico y de enfermería del centro de salud. Se ha utilizado proyector para presentación en Powerpoint.
2- "Atención a la parada cardiorrespiratorio por personas no cualificadas": Organizada por personal de enfermería de nuestro centro de salud, el pasado 16/5/2019, y dirigida a personas integrantes del AMPA de Benabarre con asistencia de 12 participantes. Se ha utilizado material cedido por cruz roja y bomberos de Benabarre en la parte practica de la sesión.
3- "Formación para cuidadoras de la residencia de mayores de Benabarre: UPP, Disfagia, Primeros auxilios": Realizado el pasado 17/5/2019 por personal de enfermería de nuestro centro, con la asistencia de la practica totalidad de cuidadoras de la residencia de Mayores.
4- "Atención a la disfagia: broncoaspiración": Realizada por personal de enfermería el pasado 31/5/2019 y dirigida igualmente al personal cuidador de la residencia de Mayores de Benabarre, con asistencia de la totalidad de cuidadoras de la residencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se constata elevada participación en todas las actividades realizadas como ya se ha indicado.
- Tras la realización de los test previos y con posterioridad a la realización de las sesiones, se ha observado un incremento medio de los conocimientos adquiridos superior al 75%.
- Las encuestas de satisfacción realizadas dan como resultado mayoritario "muy adecuado, muy satisfecho" para todos los ítems planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A destacar el gran interés generado en la población y, por tanto, la alta participación observada, lo que anima al equipo responsable del proyecto a continuar con la organización de este tipo de sesiones formativas, para la población de nuestra zona de salud, mas allá de la fecha prevista para su finalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/954 ========== ***

Nº de registro: 0954

Título
EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

Autores:
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, LATORRE AGUILAR IGNACIO, LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE, MUZAS BERGES MARIA PAZ, ALQUEZAR LABAD MARISA, CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Es reconocida por todos los actores implicados la necesidad real de impartir educación sanitaria a nuestra población respecto a las patologías mas prevalentes, primeros auxilios, hábitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0954

1. TÍTULO

EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

alimentarios, adicciones nocivas…etc.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Atención Comunitaria

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A solicitud del ayuntamiento de Benabarre se ha establecido el compromiso, mediante la firma de "carta de intenciones", por parte del EAP de Benabarre, de desarrollar a lo largo del año en curso, ciclo de charlas, conferencias en materia de salud comunitaria. Dichas sesiones, en numero no inferior a 4, podrán tener lugar en dependencias facilitadas por el propio ayuntamiento, en el propio centro de salud, en los colegios de la zona, en dependencias de la residencia de mayores…etc.
Es reconocida, por todos los actores implicados, la necesidad real de impartir educación sanitaria a nuestra población respecto a las patologías mas prevalentes, primeros auxilios, hábitos alimentarios, adicciones nocivas…etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto dirigido a la población en general de nuestra zona con el objetivo de aumentar los conocimientos respecto a patologías de gran prevalencia, promover hábitos saludables en la población, instruir a cuidadores de personas con patologías crónicas, dependientes; difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios, educación a grupos de pacientes crónicos…

MÉTODO
Se establece la realización de un mínimo de 4 sesiones formativas, a desarrollar en los espacios ya mencionados, previa publicitación desde los ayuntamientos de la zona, desde el centro de salud y con comunicación al consejo de salud de zona.
Los locales habilitados al efecto dispondrán de equipos de proyección para presentaciones en PowerPoint.

INDICADORES
-Numero de asistentes a cada sesión.
-Realización de, al menos, 4 sesiones hasta fin de año.
-Encuestas de opinión con valoración de contenidos y del personal docente.
-Pre-test y post-test para valorar conocimientos al inicio y a la finalización de cada sesión

DURACIÓN
Las sesiones se realizaran a lo largo del año en curso, en fechas por determinar, iniciándose a partir del mes de Abril y finalizando en Diciembre.
En próxima reunión ordinaria del consejo de salud, pendiente de realización en el mes de Abril, se pondrá en conocimiento de sus miembros y se acordara un calendario consensuado para el desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES
Resulta de interés plantear la realización anual de este tipo de ciclos formativos como complemento a la tarea que, de manera individualizada, realizamos a diario en nuestras consultas de AP.

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0997

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP: CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOANA ALORDA COMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARNA ESPOT JOSEFINA
ALQUEZAR LABAD MARISA
CODINA MARCET MIREYA
NICOLAS ALBA MARIA JOSE
CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del pasado año 2019 se ha establecido en nuestro centro de salud la consulta monográfica de pie diabético, designando un profesional medico y otro de enfermería, para la atención en dicha consulta, exentos de otras actividades en ese horario.
Se ha establecido en OMI la agenda para consulta programada de revisión del pie diabético y se ha designado un despacho del centro de salud, en ese horario, para la realización de las actividades previstas (con independencia de que algunas revisiones se han realizado en los consultorios de los pueblos)
Se han desarrollado 2 sesiones clínicas en relación a la revisión del pie diabético:
-14/1/2019: “Exploración del Pie Diabético”.
-25/3/2019: “Presentación de la consulta del pie diabético del Hospital de Barbastro”.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha logrado aumentar la cobertura de la revisión del pie diabético hasta un 48,8 % de nuestros pacientes diabéticos partiendo de una cifra en el entorno del 25% inicial. Dada la condición de proyecto de continuación, y teniendo en cuenta el buen funcionamiento de la consulta monográfica de revisión del pie diabético, se espera alcanzar el objetivo propuesto del 80% de los pacientes diabéticos revisados a lo largo del presente año 2020.
-Se han realizado 2 sesiones clínicas en relación al pie diabético con participación superior al 70 % del personal sanitario de nuestro centro (Actas de sesiones)
-Indicadores obtenidos de OMI-CUADRO DE MANDOS DIABETES- INDICADORES EN DIABETES-REVISION PIE DIABETICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración global del equipo de mejora es de alta satisfacción dado el mejor control que se tiene de la patología abordada y la buena respuesta de los pacientes que, a su vez, se sienten muy satisfechos con este tipo de revisiones. Importante el establecimiento de la consulta monográfica del pie diabético en nuestro centro.
Dada la sistemática de trabajo establecida, el equipo considera factible la consecución del ambicioso objetivo establecido inicialmente, a lo largo del presenta año 2020.
Como ya se menciono en la presentación del proyecto, este nace con la intención de su permanencia en el tiempo, mas allá de la fecha de finalización establecida (Diciembre 2020).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/997 ========== ***

Nº de registro: 0997

Título
ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP. CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALORDA COMAS JOANA, PERNA ESPOT JOSEFINA, ALQUEZAR LABAD MARISA, CODINA MARCET MIREYA, NICOLAS ALBA MARIA JOSE, CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0997

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP: CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es indiscutible la importante prevalencia de la Diabetes en la población a la que atendemos así como la enorme cantidad de recursos que esta patología consume, especialmente como consecuencia de las complicaciones derivadas de un control deficiente.
En este contexto, tras el consenso alcanzado en reunión de equipo, nuestro centro de salud ha decidido establecer una consulta monográfica del pie diabético estableciendo pautas de actuación comunes y sistematizadas con el objetivo de lograr mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes diabéticos mediante revisiones periódicas e instrucción en el cuidado del pie, tanto a nuestros pacientes como al personal sanitario (sesiones clínicas formativas y de valoración del seguimiento del proyecto).

RESULTADOS ESPERADOS
Adiestrar al paciente en la detección precoz de los síntomas y signos de la enfermedad “Pie Diabético” para un pronto abordaje evitando complicaciones potencialmente graves. Evitar amputaciones.
Se pretende consolidar en nuestro centro la consulta monográfica del “Pie Diabético”.

MÉTODO
Establecimiento de agenda en OMI para consulta programada de Pie Diabético.
Determinación de un profesional médico y un profesional de enfermería responsables del proyecto y de la consulta, exentos, en horario de consulta de pie diabético, de otras actividades.
Todos los pacientes con episodio de DM abierto en OMI deberán ser citados en consulta para revisión de enfermería (inspección callosidades, calzado, uñas, edema, lesiones…) y valoración vascular y neurológica conjunta por medicina y enfermería (ITB, pulsos, sensibilidad, reflejos…).

INDICADORES
Evaluación anual: Cumplimiento al 80% de los pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-PCE “Riesgo detección piel” (Pie Diabético) / Pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-Protocolo “AP-ADULTO EXPLORACION PIE” / Pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-CM DM.
-Control asistencia a sesiones clínicas programadas (actas sesión clínica).

DURACIÓN
Valoración anual del cumplimiento de indicadores.
El presente proyecto, sustentado en la génesis de una consulta monográfica de Pie Diabético, nace con la intención de su permanencia en el tiempo mas allá de la fecha en que se determine su cierre (Diciembre 2020)

OBSERVACIONES
Como ya se ha mencionado, el presente proyecto, sustentado en la génesis de una consulta monográfica de Pie Diabético, nace con la intención de su permanencia en el tiempo, con carácter indefinido, mas allá de la fecha en que se determine su cierre (Diciembre 2020).

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1296

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LACAMBRA CLAVER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERNA ESPOT JOSEFINA
MUZAS BERGES PAZ
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER
ALORDA COMAS JOANA
GRACIA IBAÑEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-De acuerdo al Procedimiento Operativo (PO) establecido en nuestro centro de salud, se ha procedido, a lo largo del año 2019, a la revisión sistemática con periodicidad mensual de los maletines de urgencias, por parte de responsable medico designado al efecto, quedando constancia de ello en el documento-hoja de firmas establecido al efecto (“Hoja registro de actividades mantenimiento preventivo”-ISO-9001).
-Se han desarrollado dos talleres de refresco en el manejo y contenidos de los maletines de urgencias a lo largo del año 2019.
-Se ha realizado jornada-taller conjunto con protección civil-bomberos de la Ribagorza el pasado 22/6/2019.
-Se han realizado 3 sesiones clínicas en relación a la urgencia extrahospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha comprobado la correcta cumplimentación mensual de las hojas de “registro de actividades mantenimiento preventivo” en relación a revisión de maletines de urgencias.
-Se realizaron dos talleres de revisión de maletines, con fechas de 11/3/2019 y 21/10/2019, con asistencia entre ambos del 100% del personal sanitario del centro (Actas y hojas de firmas a disposición).
-Se realizo jornada-taller conjunto con PC-Bomberos de la Ribagorza, con asistencia del 80% del personal sanitario y tres miembros de Bomberos (Acta, reportaje fotográfico y hoja de firmas a disposición).
-Se han realizado 3 sesiones clínicas en relación a la urgencia extrahospitalaria con fechas 29/1/2019, 29/7/2019 y 14/10/2019, con asistencia global del 100% del personal sanitario del centro (Actas sesiones, hoja de firmas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Alta satisfacción manifestada por parte de todos los miembros del equipo en relación a las actividades realizadas.

Cualquier actividad encaminada a incrementar nuestra seguridad y confianza en el manejo de material y abordaje de las diferentes situaciones a las que debemos enfrentarnos en la urgencia extrahospitalaria, sera siempre bienvenida.
Expresado de forma unánime el deseo de continuación de estas actividades mas allá de la fecha de finalización del presente proyecto (Diciembre 2020).
Absoluta disposición por parte de los miembros de PC-Bomberos de Benabarre para la repetición de la Jornada-Taller conjunta en el presente año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1296 ========== ***

Nº de registro: 1296

Título
ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE, PERNA ESPOT JOSEFINA, MUZAS BERGES MARIA PAZ, CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, ALORDA COMAS JOANA, GRACIA IBAÑEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a la urgencia fuera del centro de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1296

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Maletines de urgencias, con material diverso, susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro. Necesidad detectada de talleres de refresco respecto al contenido, distribución, y manejo de dicho material en situación de atención a la urgencia fuera del centro de salud.
-El entorno en el que desarrollamos nuestra actividad asistencial (medio rural, de montaña, alta densidad de tráfico rodado…) supone, en ocasiones, difícil acceso al paciente accidentado. Esta situación implica la perfecta coordinación con los integrantes del servicio de Protección Civil, operantes en nuestra zona, y responsables de tareas de excarcelación, facilitación del acceso, salvamento, protección del escenario del siniestro…etc.
-Por otra parte se ha consensuado igualmente la necesidad de realización de sesiones clínicas de refresco y actualización de conocimientos en materia de atención a la urgencia “in situ” (Politraumatizado, Soporte vital básico y avanzado…)

RESULTADOS ESPERADOS
-Mantener maletines de urgencias y su contenido siempre en perfecto estado para su uso.
-Personal sanitario del centro de salud debidamente entrenado para el manejo de dichos maletines.
-Coordinación con los equipos de Protección Civil en la atención al accidentado sobre el terreno, conocer sus técnicas y material, practicas de aproximación al accidentado en lugares de difícil acceso…etc.
-Refresco y actualización de conocimientos en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria.

MÉTODO
-Revisión de maletines con periodicidad mensual (contenido establecido, caducidades, ubicación del material…) por responsable designado de acuerdo al PO establecido en nuestro centro de salud.
-Taller semestral de “refresco” en el manejo de los maletines y su contenido.
-Realización de, al menos, una jornada-taller anual conjunta con el personal de Protección Civil operativo en nuestra zona de salud de Benabarre.
-Realización de, al menos, una sesión clínica semestral de refresco y actualización en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria.

INDICADORES
-Valoración anual de hojas de registro de actividades, en relación a la revisión de maletines de urgencias, establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.
-Evaluación Actas de las actividades prevista (Talleres, Sesiones, taller conjunto con PC) que deberán estar cumplimentadas al final del año, dando fe de su realización, en el numero mínimo establecido para cada actividad en el presente proyecto.
-Hojas de registro de asistencia a los talleres de manejo de maletines cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro de salud cada año (entre todos talleres impartidos a lo largo del año).
- Hojas de registro de asistencia a las sesiones clínicas, en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria, cumplimentadas por el 100% del personal sanitario cada año (entre todas las sesiones impartidas a lo largo del año).
-Hoja de registro de asistencia a la jornada-taller anual, conjunta con protección civil, cumplimentada por, al menos, el 80% del personal sanitario.
-Grado de satisfacción del personal al inicio y al final de cada actividad mediante encuesta de satisfacción con escala del 1 al 10.

DURACIÓN
-Fechas exactas de realización de actividades por determinar pero, en cualquier caso, ajustadas a lo descrito (semestral, anual).
-El presente proyecto, cuyas actividades nacen con vocación de continuidad en el tiempo mas allá de la fecha de finalización, se dará por finalizado a fecha 31/12/2020.

OBSERVACIONES
El presente proyecto, cuyas actividades nacen con vocación de continuidad en el tiempo mas allá de la fecha de finalización, se dará por finalizado a fecha 31/12/2020.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1296

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA FIERRO PILAR
CAMPO SANCHEZ JUDIT
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
GUILLEN SOLANO CARMEN
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los miembros del EAP de Berbegal han realizado las revisiones de los maletines y la sala de Urgencias de forma mensual.
Es un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que las medicaciones y el material están en condiciones adecuadas, comprobando las caducidades y que exista un stock mínimo consensuado por el EAP.
Los listados con la medicación y el material se encuentran registrados en el ordenador en la carpeta ISO.
Existe una hoja de firmas donde el personal que realiza la revisión cada mes, apunta la fecha de realización y su firma.
Este año 2019, desde el mes de Marzo elaboramos una nueva plantilla de registro de firmas, dividida en 9 bloques, para revisar por 9 participantes, cada uno realiza su parte correspondiente, y va rotando de forma mensual.
Ha quedado registrado de forma correcta durante todo el año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que todos los meses se han realizado todas las revisiones por parte del EAP, hemos alcanzado los dos objetivos que se proponen en este proyecto:
-número de miembros del EAP que participa en la revisión del material (>80%)
-revisiones realizadas en tiempo y forma/revisiones programadas (>90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP se muestra satisfecho con este proyecto de mejora, dado que todo el material para utilizar en caso de urgencia está en óptimas condiciones, en cuanto a su fecha de caducidad como a su correcto funcionamiento.
La opinión por parte de los participantes que realizan las revisiones sobre la nueva forma de división en bloques, ha sido satisfactoria, porque la revisión se realiza de una manera más exhaustiva y específica, dado que es menor el volumen de material a revisar por cada participante.
Creemos oportuno continuar con este proyecto debido a la importancia de que todo el material se encuentre en perfecto estado, para garantizar una mejor atención a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1464 ========== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.
Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO
Para lograr los objetivos,en reunión de equipo se decidio realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES
Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN
La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALONSO ANGELES
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
CAMBRA FIERRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Pacientes con episodio de DM tipo 2 abierto en programa OMI captados de forma conjunta por Medicina y Enfermería mediante consulta programada.
Se realiza educación diabetológica, monitorización clínica y analítica, y los recursos humanos y materiales han sido personal del EAP y Cuadro de mandos de Diabetes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo: 81% (objetivo >80%)
2.Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de Hb. A1c en los útimos seis meses: 81% (objetivo >66 %)
3.Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes: 74% (objetivo >75%)
4.Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos tres años: 78% (objetivo >60%)
5.Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año: (objetivo >60%)
-revisión microalbuminuria: 80%
-revisión filtrado glomerular: 95%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han alcanzado todos los objetivos mejorando el seguimiento del paciente diabético, pero se debe continuar con el proyecto y la necesidad de insistir, por parte de Medicina y Enfermería a los pacientes afectos de DM 2, para que acudan a las consultas programadas una vez realizada la citación.
Se podría mejorar la accesibilidad al Cuadro de mandos de diabetes, para que la responsable de consultarlo pudiera acceder a los resultados del resto del EAP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1526 ========== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS
GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes
(objetivo > 75%)
4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografia de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN
1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0146

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPLAZA ARA SONIA
GARCIA MINGUEZ MARIA
JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA
LOPEZ ALONSO ANGELES
GUILLEN SOLANO CARMEN
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El protocolo se realizó en Marzo de 2019 y el 21/03/19 se presentó el Proyecto al Equipo.Posteriormente el 27/03/19 se hizo la sesión clínica formativa sobre el manejo del aparato de MAPA y sobre la interpretación de los resultados. Se diseñó una Hoja de registro donde se volcaban los datos referentes a la adecuación de la prueba, la indicación de la misma, si se le diagnosticaba de HTA o no, si el paciente era Dipper o No Dipper, si la prueba era para valoración del tratamiento y si ello implicaba un cambio del mismo.
Durante el año 2019 se registraron un total de 9 estudios MAPA, lo que supone haberla realizado al 0,64% de la población mayor de 14 años adscrita al centro (1395 TIS). De estos 9 estudios realizados, 3 de ellos (33,3%) se realizaron por sospecha de HTA, lo que se confirmó en los 3 casos, siendo además los 3 No Dipper.
Los otros 6 estudios fueron realizados para valoración del tratamiento. La mitad de ellos (3) precisaron cambio de tratamiento por mal control tensional reflejado en el estudio. De estos 6 estudios que ya llevaban tratamiento 5 eran Dipper y 1 caso era No Dipper.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vaciados los datos recogidos en las hojas de registro, hemos obtenido los siguientes indicadores:
- Número absoluto de MAPA realizadas en 2019: 9
- Pacientes incluídos que cumplen criterios de inclusión: 9/9 x 100 = 100%
- Pacientes con indicación de MAPA para diagnóstico de HTA: 3/9 x 100 = 33,3%
- Pacientes diagnosticados de HTA con MAPA: 3/3 x 100 = 100%
- Pacientes con resultado negativo de HTA con MAPA: 0/3 x100 = 0
- Pacientes con indicación de MAPA para valoración de Tratamiento: 6/9 x 100 = 66,6%
- Pacientes con modificación del tratamiento tras la prueba: 3/6 x 100 = 50%
- Pacientes No Dipper del total de estudios: 4/9 x 100 = 44,4%
- Pacientes No Dipper que ya llevaban tratamiento: 1/6 x 100 = 16,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque no han sido muchos los estudios realizados en cómputo global, consideramos que es una cifra valorable como implantación, pues valorando los resultados obtenidos consideramos que ha sido de utilidad. El hecho de haber tenido cambios en la plantilla durante el año creemos que ha podido influir en que la prueba no se haya ofertado y realizado a un mayor número de pacientes.
Aunque la MAPA tiene numerosas indicaciones, en nuestro caso se ha limitado a la confirmación de diagnóstico de HTA y en mayor porcentaje a la valoración del tratamiento. Ha servido para confirmar casos nuevos de HTA y para modificar el tratamiento farmacológico de otros. Los resultados obtenidos han implicado una actitud diagnóstica y/o terapéutica, lo que refuerza la utilidad de la herramienta MAPA.
Es por ello que el equipo asume la continuación de este proyecto asistencial ya implantado, por considerarlo factible y muy útil.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/146 ========== ***

Nº de registro: 0146

Título
INTEGRAR LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL(MAPA) COMO ACTIVIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

Autores:
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALAS MARIN PASCUAL, JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA, LOPEZ ALONSO ANGELES, GUILLEN SOLANO CARMEN, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0146

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado que la HTA es un problema de salud de gran prevalencia y cuyo diagnóstico y control conlleva repercusiones en la vida del paciente, es obligado realizar un diagnóstico de certeza, incluyendo y controlando correctamente a los pacientes hipertensos y excluyendo del tratamiento a quien no le corresponde.

La tensión arterial es una variable sujeta a múltiples oscilaciones por muy diferentes causas. Es por ello que existen patrones de comportamiento diferentes. Esta técnica permite realizar múltiples medidas tensionales, mientras el paciente se encuentra realizando su actividad habitual, lo que supone una medida tensional adecuada a la realidad del paciente.

Consideramos que se trata de una técnica imprescindible para un correcto manejo de pacientes cuyo diagnóstico puede estar en duda o cuyo seguimiento puede ser tributario de un beneficio añadido. Disponiendo en el C. de Salud de un monitor MAPA, que ya se ha utilizado esporádicamente, nos proponemos incluirlo de manera programada en nuestra práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Ofertar la exploración con MAPA a toda la población adulta que presente cifras tensionales que no concuerden con su situación clínica, estén o no diagnosticados de HTA, o se sospeche un mal control tensional con un tratamiento supuestamente correcto.
- Mejorar el correcto diagnóstico del paciente hipertenso.
- Corregir y ajustar el tratamiento de la hipertensión.
- Integrar progresivamente esta técnica MAPA en nuestra actividad clínica.
- Aumentar la capacidad de resolución desde la Atención Primaria

MÉTODO
- Elaboración de un Protocolo del Proyecto, en el que consten las indicaciones de MAPA y actividades a desarrollar, así como los responsables de las mismas. Incluirá hoja de registro de los datos a controlar y evaluar.
- Exposición del proyecto al Equipo para su debate y consenso.
- Sesión clínica formativa sobre MAPA: incluirá funcionamiento del aparato, instrucciones al paciente y el análisis de los resultados obtenidos.
- Agenda abierta para citación de MAPA.
- Ofertar la realización de la prueba a los pacientes seleccionados.
- Realización de MAPA a todos los pacientes captados que cumplan alguno de los siguientes criterios de indicación:

a.- Hipertensión Clínica Aislada (hipertensión de bata blanca). Diferente al efecto bata blanca que suele desaparecer con las sucesivas visitas.

b.- Hipertensión estadío 1 (TAS 140-159 y/o TAD 90-99) sin evidencia de afectación de órganos diana: nos daría el diagnóstico, nos ayudaría a iniciar tto farmacológico o esperar si no existen otros factores de riesgo.

c.- HTA límite con afectación de órganos diana.

d.- Valoración del perfil circadiano: detección de pacientes No Dipper, cuyo riesgo cardiovascular es mayor.

e.- Evaluación del Tratamiento en:

1) Pacientes cuyas cifras de PA en consulta no concuerdan con la afectación de órganos diana a pesar de un correcto tratamiento.
2) Casos de gran variabilidad durante el día o en diferentes días.
3) Pacientes con Hipertensión Resistente o Refractaria.
4) Evaluación del Indice valle/pico y del Indice de Homogeneidad.

f.- Hipotensión Transitoria: importante en diabéticos y ancianos.

g.- Hipertensión Paroxística

INDICADORES
- Protocolo realizado en tiempo y forma.
- Número absoluto de MAPA realizadas en el año.
- Porcentaje de pacientes que cumplen criterios de inclusión.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de HTA con MAPA
- Porcentaje de pacientes con resultado negativo de HTA con MAPA
- Porcentaje de pacientes No Dipper hallados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0146

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL

- Porcentaje de pacientes con indicación de MAPA para valoración del tratamiento.
- Porcentaje de pacientes con modificación del tratamiento tras la prueba.

DURACIÓN
Primera quincena de Marzo de 2019: presentación del Proyecto al EAP y aprobación del mismo.
Segunda quincena de Marzo de 2019: Sesion clínica formativa sobre adiestramiento en el correcto manejo del equipo de MAPA e interpretación y análisis de los resultados.
Abril de 2019: Implantación del proyecto.
Desarrollo a lo largo de 2019.
Evaluación a finales del año 2019. Se incluirán también pacientes con la prueba realizada correctamente en los 3 meses previos al inicio del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

Nº de registro: 0967

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN
INICIO ABRIL 2018
FINAL JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto echó a andar en junio de 2018, reuniéndonos en varias ocasiones hasta mayo de 2019 en el Centro de Salud de Binéfar. El trabajo en estas reuniones iniciales consistió en:
* Recabar bibliografía sobre la disfagia, sus complicaciones y manejo,
*Recabar información sobre el número de centros socio-sanitarios de la Comarca de La Litera de Huesca, número total de trabajadores con responsabilidad en la alimentación de pacientes afectos de disfagia, número total de residentes de cada institución, número de pacientes afectos de disfagia antes de iniciar la intervención.
* Asistir a el taller “Actualización en disfagia” realizado por las DUE Ana Arnal Torres y Arancha Pueyo Acín.
* Elaboración de una presentación PowerPoint para la realización de unos talleres teórico-prácticos dirigidos a los cuidadores de los centros socio-sanitarios de la Comarca de La Litera de Huesca.
Posteriormente, entre mayo y julio de 2019, impartimos 9 talleres teórico-prácticos en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite de Litera (centros de salud de referencia de los centros socio-sanitarios de la comarca), dirigidos a los trabajadores de los centros residenciales. Además en esas fechas, dimos difusión de nuestro trabajo a los compañeros de los propios centros de salud, a través de una sesión clínica, con el objetivo de sensibilizar sobre esta problemática y su manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la Comarca de la Litera hay 7 centros socio-sanitarios: 6 residencias geriátricas (Residencia Comarcal de Binéfar, Residencia María Llevot, Residencia Comarcal de Tamarite, Residencia de Albelda, Tamarite Residencial y Residencia de Altorricón) y un centro de disminuidos psíquicos (Centro el Pilar). Los equipos directivos de los 7 centros recibieron invitación para que sus trabajadores acudieran a los talleres. De los 7 centros, a las sesiones acudieron trabajadores de 6 de ellos, es decir que participaron el 85% de los centros.
Se orientaron los talleres a los profesionales de enfermería, auxiliares de clínica y de geriatría, que en el segundo trimestre de 2019 eran en total 134, de los cuáles 56 (41'7%) acudieron a los talleres. Fue muy llamativa la diferencia de asistencia entre los trabajadores de los centros de Tamarite y los de Binéfar, si bien entre los trabajadores de Tamarite participaron en los talleres el 60%, sólo el 10'8% de los trabajadores de los centros de Binéfar acudieron.
El número total de pacientes institucionalizados en el momento de la intervención era de 355, de los cuales 38 (10'7%) recibían dieta disfagia (a través de la adaptación del menú y/o uso de espesantes para líquidos). Tras 6 meses de la intervención, se contacta con los centros socio-sanitarios vía telefónica para recabar información sobre los pacientes a los que se les adapta la dieta por disfagia. En Enero de 2020, a 44 pacientes de los 355 residentes se les adaptaba la dieta por disfagia, es decir un 12'4%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Parece que la intervención no ha tenido un efecto muy llamativo en cuanto al aumento de la detección de la disfagia. Creemos que esto se debe a que los profesionales de los centros socio-sanitarios ya presentaban un alto nivel de conocimiento y sensibilidad sobre la misma, por lo que seguramente no era necesaria la intervención en este sentido.
Sin embrago sí nos ha parecido interesante la realización de un trabajo de revisión de la disfagia desde una perspectiva transversal, ya que aunque los talleres han sido impartidos por nosotros como profesionales, se ha fomentado mucho la participación de los asistentes, de los que también hemos aprendido. En ocasiones la perspectiva más teórico-científica deja de lado esa visión de campo en la que la puesta en marcha de las medidas recomendadas no siempre es fácil y en el taller se ha puesto de manifiesto las dificultades que tienen los cuidadores, compartiendo entre ellos las soluciones que van empleando unos y otros. También es importante conocer cómo se comportan los distintos espesantes, para poder decidir cuál prescribir y optimizar su buen uso. Por tanto se ha invitado a los trabajadores a informar a los médicos responsables de los pacientes de cualquier dificultad que tengan en el uso de los mismos. De la misma forma, se ha animado a los cuidadores a avisar cuando detecten dificultades en la ingesta de cualquier paciente, para poder así hacer una evaluación médica si es preciso en este sentido.
Finalmente, compartir la experiencia con el resto de los compañeros del centro de salud también ha sido gratificante y enriquecedor, a la vez que creemos que aumenta la sensibilidad ante un problema acuciante y en ocasiones minusvalorado. Durante el taller se realizó una experiencia práctica que consistía en una simulación de la dificultad al deglutir. Como siempre las experiencias vividas en primera persona suelen dejar mayor recuerdo y creemos que fue muy ilustrativa para los asistentes.
Ha quedado pendiente en este proyecto, la valoración del número de diagnósticos de broncoaspiración antes y

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

1. TÍTULO

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1335

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0516

1. TÍTULO

LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GRACIA MARIA LOU FRANCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ GIL PILAR
PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES
PUEYO LAFUENTE VALENTINA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos pusimos manos a la obra para realizar un seguimiento en población infantil de medidas antropométricas (peso y talla), y de TA, y glucemia a los pacientes con sobrepeso y obesidad de la zona incluida en nuestro Centro de Salud de Parque Goya en Zaragoza. Repetimos dichas medidas a los 3, 6 y 9 meses, recogiendo las mediciones. Por supuesto, les dimos consejos en cuanto a hábitos saludables referidos a nutrición y ejercicio físico. En algunos casos, incluso nos realizaron registros nutricionales semanales. Realizamos actividades de promoción de alimentación saludable entre los niños del Centro de Salud de Parque Goya mediante dibujos que podían pintar mientras esperaban a ser atendidos y colocar en una gran pirámide de la alimentación que pusimos en la sala de espera de Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El seguimiento en las sucesivas consultas/revisiones por parte de los pacientes ha sido del 40%. Teniendo como primeros resultados que en las primeras visitas tras las recomendaciones hechas, sí que se observó pérdida de peso y de perímetro de la cintura, que no siempre se ha mantenido. En el 50% no ha habido éxito, con empeoramiento antropométrico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sobrepeso y obesidad infantil son bastante frecuentes, pero sobre todo, los malos hábitos nutricionales que quizá puedan influenciarse por la sociedad actual. Debemos concienciarnos los propios profesionales que este problema comienza en la infancia y que son prevenibles problemas futuros como la hipertensión, prediabetes, síndrome metabólico o hipercolesterolismo. Los pediatras seguiremos incidiendo en la prevención de estos problemas de salud y promoviendo hábitos saludables yendo a colegios, dando charlas a niños, padres.....

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/516 ========== ***

Nº de registro: 0516

Título
LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

Autores:
LOU FRANCES GRACIA MARIA, PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES, GOMEZ GIL PILAR, PUEYO LAFUENTE VALENTINA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, PEREZ RAPELA ROSALIA, GRASA CALDEVILLA SOFIA, OSES SORIA AMALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se desconoce el porcentaje de prediabetes (intolerancia a la glucosa, glucemia basal alterada o ambas) existente en la población infantil. Puesto que la detección precoz de la prediabetes puede facilitar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0516

1. TÍTULO

LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

tratamiento precoz, disminución de complicaciones en la Diabetes Mellitus tipo 1, así como la puesta en marcha de medidas terapéuticas que eviten su progresión a Diabetes tipo 2 (DM-2). Consideramos que las estrategias de prevención en las consultas de atención primaria son primordiales por la cercanía con la población en cuestión y con su entorno, y continuidad del seguimiento. La iniciativa de poner carteles recordando o dando a conocer los síntomas clásicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) en centro de salud, colegios, institutos, y entidades locales junto con dar charlas en dichos centros, además de la determinación de la glucemia basal en pacientes de riesgo, permitirían detectar los pacientes con riesgo de desarrollar la enfermedad. En cuanto a la DM-2, la intervención sobre los estilos de vida ya en el momento de prediabetes puede reducir la progresión a diabetes o hacer retroceder un estado prediabético a la normalidad y es una intervención coste-efectiva por la disminución también en los factores de riesgo cardiovascular.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Optimizar el diagnóstico pecoz de Diabetes, ya sea tipo 1 o la DM-2, mediante la búsqueda y el mayor conocimiento de prediabetes entre nuestra población infantil.
2. Promover la comunicación y colaboración entre el Centro de Atención Primaria y los centros de atención infanto-juvenil de su entorno
3. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la prediabetes supone sobre la salud en pacientes pediátricos pensada como factor de riesgo futuro.
4. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes, familiares, educadores y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO
- Elaboración de un registro trimestral de los pacientes incluidos en el Protocolo (pacientes con sobrepeso P>90 IMC).
- Presentación del Proyecto en C.S. Parque Goya para todo el Equipo de Atención Primaria y realización de sesiones en centros del entorno.
- Elaboración de protocolo relacionados con la Atención al Paciente con PREDIABETES.
- Las evaluaciones se realizarán de forma trimestral para detectar problemas y analizar sus resultados al año.
- Hacia final de este año 2019 presentaríamos resultados y Memoria Final.

INDICADORES
Presentación del proyecto en un día dedicado a Docencia en nuestro Centro de Salud. (SI/NO)
Definición de los criterios que se consideren necesarios para definir el estado de prediabetes en población infantil. (SI/NO)
Elaboración de carteles/dípticos para poner en centro de Salud, centros docentes y del entorno para dar a conocer la DM-1. (SI/NO)
Evaluación de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes/familiares y educadores relacionados. (SI/NO)

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2019.

OBSERVACIONES
VALORACIÓN DE OTROS APARTADOS.
- ES POSIBLE RETROCEDER DE UN ESTADO PREDIABÉTICO A LOS VALORES NORMALES DE GLUCOSA EN SANGRE MEDIANTE EL CRIBADO OPORTUNISTA EN GRUPOS DE RIESGO.
- PUEDE CONTRIBUIR A DETECTAR CASOS DE PREDIABETES Y A PREVENIR LA DM2 Y PROBABLEMENTE SUS COMPLICACIONES CRÓNICAS.
- LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ CON CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA PUEDE PREVENIR LA APARICIÓN DE DM2.
- MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS.

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1395

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUEVARA LOPEZ TERESA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
GARCIA DINNIBIER AINA
PUEYO GARCIA ROSA
BARCO MARCELLAN SOFIA
RUBIO MARTINEZ MARI PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se constituyó un grupo de comunicación entre los 8 integrantes de los diferentes centros participantes en el proyecto .Se han producido dos reuniones en las que se concluyó la necesidad de establecer formación específica al respecto a pesar de la experiencia en Ecografía.

Se realizó una sesión formativa llevada a cabo por Jefe de unidad de Nefrologia- UDIAT que comanda esta actividad en el hospital Arnau de Villanova de Lleida con amplia experiencia en coordinacion y control de esta patología y dos especialistas medicos de familia con experiencia en este ámbito
La sesion tuvo lugar en el hospital de Barbastro específica para los médicos participantes, en Ecografia de troncos supraaorticos con una exposición teorica de una hora y tres horas de práctica con los mismo ecógrafos y material diagnóstico del que se dispone en los centros de salud involucrados de cara a conseguir el adiestramiento adecuado y mejorar la potencia diagnostica de los mismos.
Nos hemos puesto en contacto con la marca comercial de los ECOGRAFOS (General Electric) para conseguir que nos cedieran temporalmente el software recomendado por los mismos de cara a poder realizar las mediciones del GROSOR DE LA INTIMA MEDIA con la mayor exactitud posible y de esta forma obviar los errores interobservador debidos a defectos de medida.
Dicho software ha sido cedido de forma temporal sin coste por la industria de cara a esta realización tras conversaciones y contactos del director del proyecto con el director comercial de dicha industria en nuestro pais explicitando la finalidad de dicho estudio tras multiples reuniones.
Se han realizado reuniones para aunar criterios y explicar la evolucion de las solicitudes. Se ha estudiado cual deberá ser la muestra de pacientes objeto de estudio en funcion de los criterios establecidos y designacion del calendario y forma de citacion de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos estado inmersos en procesos de cambio de personal interino y titular con la resolución de concursos de traslados y oposición, lo que ha hecho que los participantes hayan considerado de cara a la mejor realización y obtención de resultados, la paralización hasta la resolución de los mismos, del proyecto, por desconocer su continuidad en varios de los equipos participantes.
En esta fecha, ya resueltos estos procesos, estamos preparados para continuar con la actividad motivo por el que solicitamos la prorroga durante este año del proyecto de medición y valoración de la intima de los troncos supraaorticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuar con el desarrollo de este proyecto de calidad con detección del grosor de íntima media a nivel de carotida comun, bulbo, carotida interna y externa de ambos lados y la existencia o no de placa de ateroma en mismos territorios

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1395 ========== ***

Nº de registro: 1395

Título
¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Autores:
ROMERO NEVADO FERMIN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA DINNIBIER AINA, PUEYO GARCIA ROSA, BARCO MARCELLAN SOFIA, RUBIO MARTINEZ MARI PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1395

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad prematura en nuestro medio.
Existe relacion entre la afectacion vascular carotidea y la afectacion de otros segmentos vasculares por lo que teniendo un abordaje sencillo sobre este territorio gracias a la Ecografia podemos diagnosticar en fases tempranas y de forma bastante aproximada la presencia de afectación en otros segmentos no tan abordables.
La prevencion incide en que la disminucion de la enfermedad cardiovascular, reduce los eventos y por tanto las complicaciones y mortalidad bajando los costes derivados de estas y disminuyendo la perdida de productividad laboral.
Diferentes estudios demuestran que tratar los factores de riesgo cardiovascular reduce en un 50% la enfermedad coronaria entre otras afectaciones
Hasta la fecha no se realiza esta prueba en Atencion Primaria, por lo que se prodria mejorar la accesibilidad y realizacion gracias a la presencia de Ecografos en dichos centros intentandose detectar pacientes no diagnosticados de patologia en este territorio vascular antes de que pueda producir complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Deteccion de patologia incipiente en el territorio carotideo de cara a prevenir lesiones secundarias derivadas.en pacientes que presenten enfermedades de riesgo cardiovascular como la Hipertension arterial y la Diabetes Mellitus catalogados por metodos habituales de gradacion del riesgo vascular de grado Bajo (Score, Framingan) en el ambito de Atencion Primaria en 5 centros de salud del sector Barbastro donde existen ecografos : BINEFAR, MONZON, GRAUS, AINSA Y FRAGA.
Facilitar la accesibilidad de los pacientes a los que se detecten lesiones su derivacion a servicios de cirugia vascular para su valoracion contando dichos especialistas de las pruebas ecograficas realizadas desde Atención Primaria

MÉTODO
Primero se realizara en Junio formacion especifica para los medicos participantes, que ya poseen experiencia en Ecografia clinica previa y que vayan a realizar Ecografia de dicho segmento para conseguir el adiestramiento adecuado y mejorar la potencia diagnostica de los mismos realizando Curso especifico
Despues de esto se realizaran reuniones para aunar criterios, extraccion del listado de los pacientes objeto de estudio en funcion de los criterios establecidos y designacion del calendario y forma de citacion de los mismos.
Realizacion de una Ecografia del territorio carotideo realizando las mediciones oportunas para valorar el Grosor de intima media o la presencia de placa de ateroma al menos una vez antes de la aparicion de lesiones secundarias.

INDICADORES
Deteccion del grosor de intima media a nivel de carotida comun, bulbo, carotida interna y externa de ambos lados y la existencia o no de placa de ateroma en mismos territorios.

DURACIÓN
Se plantea el inicio de actividad formativa en Junio con un adiestramiento durante los primeros meses de puesta en marcha pasando luego a la practica en la poblacion designada en cada uno de los 5 centros de salud designados
Se plantea la finalizacion de dicha toma un año mas tarde del inicio de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
ARANDA MONTERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión semestral completa
Revisiones mensuales de caducidades
incorporación de nueva medicación, aprobada por la comisión de lmedicamenteo: Actocortina
Puesta en marcha del carro de paros en el PAC de Benasca y designación de nuevo responsable

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consolidación de la dinamica de revisiones y su conocimientos por parte de los miembros del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario insistir en las revisiones y actualizaciones.
Se necesita un carro de paros nuevo para el PAC de Benasque, el que hay es poco operativo y presenta algunas deficiencias.
Es necesario iniciar un debate sobre las caducidades de algunos materiales: fastrach e IG-10, así como de las agujas de punción intraoseas, pues no se dispone de repuestos y la esterilización repetida los deteriora hasta hacerlos insevibles:
-Es un material necesario; habria que disponer de repuestos
-Tener en cuenta que si no se utilizan y caduca su esterilización, no sería necesario volver a esterilizarlos, puesto que se deterioran y no sirven; al estar limpios y dado que se utiliza en via aerea, podrían usarse y reponer o esterilizar solo despues de su uso.
Proponemos exponerlos a los demas centros y a la dirección para conocer opiniones y conductas a seguir, teniendo en cuenta necesidad y coste/beneficio.

7. OBSERVACIONES.
Este año no se ha podido hacer ninguna sesión clinica dada las cisrcunstancias vividas en el centro y los cambios en el equipo como consecuencia de los traslados de personal medico y de enfermería, y las incorporaciones tras las oposiciones. Debido a ello se postpone para 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/486 ========== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO
Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación inprescindible para cumplir su función
Organizacion y distribucion del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clinica

INDICADORES
- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN
Duracion: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES
Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atencion Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA
YUSTE ARA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración y actualización de octavillas informativas
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
- Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Exponemos a continuación los datos de nuestro C.S. que tenemos gracias a la participación del CAU (pin y sms) y de Informática de Barbastro (datos sobre citas web) (Alfredo Yuste Ara)
Resultados acumulados a ENERO DE 2020:
autoriza comunicación por SMS:promedio aumento con respecto al año anterior: 16,30%

CIAS	2017/2018/2019/2020
1001130101Q	1/ 3/ 5/ 5
1001130102V	39/125/ 170/208
1001130103H	45/119/ 155/189
1001130104L	0/ 4/ 10/ 11
1001130105C	43/ 85/ 130/172
1001130201R	32/ 71/ 91/ 103
TOTALES	160/ 407/561/688

PIN ACTIVADOS: promedio de aumento con respecto al año anterior: 25%

CIAS	2017/2018/2019/2020
1001130101Q	0/ 3/ 5/ 7
1001130102V	15/ 100/176/247
1001130103H	7/ 86/ 145/204
1001130104L	1/ 1/ 8/ 9
1001130105C	5/ 46/ 108/166
1001130201R	2/ 53/ 82/ 101
TOTALES	30/289/ 524/734

Desde el inicio del Programa de Calidad, en esta Zona de Salud se ha pasado de 160 casillas "SmS" activadas a 688.
Nos parece importante seguir insistiendo en promocionar los "SMS" ya que es un recordatorio de sus citas con el hospital y va directamente relacionado con el absentismo a citas, que en este Centro de Salud ronda el 15 % y deseamos bajar esta cifra aumentando la implicación del usuario.
Con respecto a los PIN asignados, ocurre lo mismo, iniciamos con 30 y este año tenemos 734.
Es muy importante para nosotros dar a conocer la APP del Salud, que facilita mucho obtener cita sin tener que llamar y a cualquier hora, además de tener una "agenda médica" con la relación de todas sus citas de AP y AE y de su medicación, su lista de espera quirúrgica, etc.
En cuanto a las citas "web" hemos pasado de 378 a 935 y deseamos seguir incrementándolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cerramos el Proyecto pero seguimos en la línea de insistir y subir estos datos, ya que facilita el contacto del usuario con el Salud a la vez que disminuye un poco la saturación de llamadas en el Servicio de Admisión del Centro de Salud.
Creo que esto sería aún más importante en Centros de Salud con mucha población.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1461 ========== ***

Nº de registro: 1461

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
- A través de Internet, en www.saludinforma.es
- Mediante la APP "saludinforma"

Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
- La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
- La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.

El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO
- Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
- Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
- Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
- Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
- Número de PIN generados en BDU.
- Número de citas dadas en OMI con la clave "web"

Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.
SITUACIÓN DE PARTIDA:
PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

Casilla "SMS" activada:

CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q	1
1001130102V	39
1001130103H	45
1001130104L	0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C 43
1001130201R 32
Citas dadas por "web"**
CIAS Año 2016 Año 2017 INCREM. Año 2018 INCREM.
1001130101Q: 1968
1001130102V/1001130103H/1001130201R: 2460
1001130104L: 492
1001130105C: 1476
**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN
Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.
El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 14/01/2020

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

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

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

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

DURACIÓN
Noviembre 2017-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0051

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SANJUAN MARIA GEMA
CASAS AGUSTENCH NURIA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
FRANCO ANGUSTO REYES
TIERZ VELEZ LETICIA
SANTABARBARA PALACIO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se forma un grupo de trabajo de 7 profesionales tanto de Enfermería como de Medicina para desarrollar los talleres.
- Se comunica en reunión del C.S. Castejón de Sos proyecto a desarrollar en Febrero del 2019.
- Hablamos con el profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para organizar talleres, horarios y días. Se lleva a cabo reunión el 9 Mayo de 2019 con la Directora del Centro Educativo para explicar proyecto, duración, práctica del taller. Se decide una duración de la actividad 2,5 hs por grupo mezclando alumnos de todos los grupos: primero con tercero y segundo con cuarto.
El lunes 13 de Mayo a las 10.45 se ofrece primer taller y el 15 de Mayo a las 12,45 el segundo.
- Preparación material necesario para desarrollar talleres, entre lo que se encuentra un power point explicativo de RCP: concepto, importancia de RCP, cadena de supervivencia, Soporte Vital Básico... Se comenta la Desfibrilación externa semiautomática y se les enseña cómo es el DEA del Consultorio. Se crea power point también de la posición lateral de seguridad. Se preparan varios videos divulgativos del ritmo cardíaco con música moderna. Una vez visto el power point y los videos, los alumnos se colocan por parejas y practican todo lo aprendido.
- Se registra la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria.
- Se pasa test pre formación para determinar conocimientos previos y post formación al terminar talleres para determinar el aprovechamiento de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han proporcionado conocimientos y habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca y primeros auxilios por parte de los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque.
- Los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres se dan por superados.
- Los alumnos se familiarizan con las situaciones de los temas tratados disminuyendo el temor ante las mismas.
- Se ve que se puede aumentar la supervivencia en caso de parada.
- Se asientan conocimientos básicos de primeros auxilios.
- Se da a conocer la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca.
- Nos entrevistamos con profesorado del Centro de Secundaria una vez terminados los talleres y valoramos como satisfactorios los talleres; de hecho, se comenta que en años posteriores se valoren otro tipo de talleres relacionados con el mismo tema.
- Valoramos mediante una entrevista final con profesorado la satisfacción tanto de profesorado como del alumnado.
- Se realizan 2 talleres dando por cumplido el primer indicador.
- Tras el post test,el cual recogemos y puntuamos tras 5 preguntas abiertas, vemos que hay un aumento del conocimiento tras la formación. También se valora la duración de la actividad como buena, el aumento de la satisfacción, si repetiría o no el taller, si se aconsejaría al resto de compañeros, y también si ha parecido o no práctico el taller. Todas las respuestas son satisfactorias, por lo que se dan los objetivos marcados como conseguidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras reunión con Equipo de Mejora, y dada la importancia de conocer una RCP Básica y primeros auxilios, hemos determinado junto con el profesorado desarrollar talleres que engloben distintas prácticas de primeros auxilios en años posteriores para ir afianzando conceptos. Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas resulta de vital importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/51 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0051

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE

Nº de registro: 0051

Título
TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE BENASQUE

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, GARCIA SANJUAN MARIA GEMA, CASAS AGUSTENCH NURIA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, FRANCO ANGUSTO REYES, TIERZ VELEZ LETICIA, SANTABARBARA PALACIO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación sanitaria enmarcada dentro de de la intervención sanitaria en la comunidad
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad nace por la necesidad manifiesta del Centro de Enseñanaza Secundaria de Benasque, tras el conocimiento del desarrollo durante el año 2018 de talleres de RCP básica y primeros auxilios en el colegio de Primaria de Benasque. Vista la buena acogida en el Colegio de Primaria, se decide llevar a cabo también en Secundaria.
La Estadística en su último informe, sitúa a la enfermedad isquémica del corazón como primera causa de muerte en España. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año, y la mayoría se producen en ámbito extrahospitalario.
La educación a los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque, iría orientada a iniciar las maniobras de RCP y primeros auxilios intentando conseguir la mayor supervivencia posible con las menores secuelas.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca y primeros auxilios por parte de los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque.

Aumentar los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres .

Familiarizarnos con las situaciones de los temas tratados disminuyendo el temor ante las mismas.

Aumentar supervivencia en caso de parada.

Asentar conocimientos básicos de primeros auxilios.

Conocer la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca.

MÉTODO
Formar grupo de trabajo para desarrollar los talleres.

Comunicar en reunión del C.S. Castejón de Sos proyecto a desarrollar.

Hablar con el profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para organizar talleres.

Preparación material necesario para desarrollar talleres.

Registrar la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria.

Pasar test pre formacion para determinar conocimientos previos y post formación al terminar talleres para determinar el aprovechamiento de la actividad.

INDICADORES
Entrevista con profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para valorar la satisfacción al finalizar los talleres.
Nº talleres =o mayor de 2.

Aumento de la puntuación de los participantes en el test tras la formación.

DURACIÓN
Febrero- Diciembre 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0051

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE

Comunicación en reunión en C.S.Castejón de Sos en Febrero 2019.

Conversaciones con Centro de Enseñanza Secundaria en Febrero 2019.

Curso Taller 2 hs por curso.

Se prevee la continuidad anual de esta actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0121

1. TÍTULO

TALLER HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL CRA ALTA RIBAGORZA. COLEGIO LASPAULES: SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... REYES FRANCO ANGUSTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTERDE GUERRERO MIGUEL
GARCIA BELLO MARIA JESUS
GARCIA SANJUAN MARIA GEMA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
YSEBIE RONSE ISABEL
SANTABARBARA PALACIO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE COMUNICA EN REUNIÓN DEL CENTRO DE SALUD EL PROYECTO A DESARROLLAR EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL CURSO ESCOLAR.
HABLAMOS CON EL PROFESORADO DEL CENTRO PARA ORGANIZAR TALLERES, DÍAS Y HORARIOS
SE PROGRAMA LA ACTIVIDAD EN DOS SESIONES, DE APROXIMADAMENTE TRES HORAS CADA UNA, EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE.
SE DECIDE HACER EN CONJUNTO LA CHARLA, CON SOPORTE AUDIOVISUAL Y POSTERIORMENTE SE DIVIDEN LOS NIÑOS POR CURSOS, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LO APRENDIDO, REALIZAN DIBUJOS, MANUALIDADES, CANCIONES Y PIRÁMIDE ALIMENTARIA (CON MATERIALES QUE TIENEN EN EL COLEGIO) DIFERENCIANDO LAS DIFERENTES ESCALAS.
SE REGISTRA LA ACTIVIDAD MEDIANTE LA FICHA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
--SE HAN PROPORCIANADO CONOCIMIENTOS SOBRE LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN CUANTO A LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO FÍSICO ASENTANDO CONOCIMIENTOS BÁSICOS.
--RELACIONAR LA BUENA SALUD CON LOS HÁBITOS DE BUENA HIGIENE BUCODENTAL, ASÍ COMO ANIMAR A LOS A LOS PADRES PARA SU CUMPLIMIENTO EN CASA, COMO REFUERZO DEL TALLER.
--SE INCENTIVA EL USO DE CREMAS PROTECTORAS PARA EL SOL Y GAFAS PARA LA PRÁCTICA DE DEPORTES AL AIRE LIBRE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
--VALORAMOS JUNTO CON EL PROFESOR SEGUIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES Y DE GRADO DE SATISFACCIÓN
--TRAS LA EVALUACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LAS ACTIVIDADES, PODEMOS CONCLUIR QUE ESTÁN MÁS MOTIVADOS PARA EL SEGUIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES, DIFERENCIANDO CORRECTAMENTE LOS ALIMENTOS SALUDABLES DE LOS NO SALUDABLES POR PARTE DEL ALUMNADO, COMPRENSIÓN DE LA IMPORTANCIA DE PROTEJERSE DEL SOL,, ASÍ COMO DE LA IMPORTANCIA DE LA SALUDS BUCODENTAL, COMO PARTE DEL BIENESTAR GENERAL .
--RECOMIENDO SEGUIR INSISTIENDO EN ESTOS TEMAS, ACTUALMENTE TRES DÍAS A LA SEMANATRAEN FRUTA PARA EL DESAYUNO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/121 ========== ***

Nº de registro: 0121

Título
TALLER DE HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL C. R. A. ALTA RIBAGORZA. COLEGIO DE LASPAULES : SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

Autores:
FRANCO ANGUSTO REYES, MONTERDE GUERRERO MIGUEL, GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA SANJUAN MARIA GEMMA, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, YSEBIE RONSE ISABEL, SANTABARBARA PALACIO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción y prevención de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Promoción y prevención de la salud

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0121

1. TÍTULO

TALLER HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL CRA ALTA RIBAGORZA. COLEGIO LASPAULES: SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este taller nace de la necesidad de implantar hábitos saludables desde la edad temprana e irlos afianzando poco a poco a lo largo de los años .
Está demostrado que los cambios en los hábitos de vida en la población adulta son díficiles de reconducir. La población no está concienciada del problema que supone la obesidad, la dificultad de cambiar las pautas alimenticias insanas, establecidas durante años y la instauración de ejercicio físisco en personas sedentarias; la mala higiene bucodental, las repercusiones generales de la misma y la sobreexposición al sol, sin protección, sobre todo en zonas rurales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar los conocimientos, de acuerdo a cada edad, para adquirir hábitos saludables en cuanto a su alimentación y ejercicio físico.
- Relacionar una buena salud, con una buena higiene dental e instaurar una rutina de higiene buco-dental, así como la implicación de los padres.
- Conocer las consecuencias del consumo de azúcares refinados, tabaco y alcohol.
- Aprender a tener una buena técnica de cepillado, duración del mismo, uso del hilo dental, los enjuagues y el cepillado de lengua.
- Conocer los problemas que puede ocasionar la exposición al sol, sin protección solar adecuada, incidiendo sobre todo, en deportes relacionados con la nieve y playa o piscina .
- Conseguir mediate la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud.

MÉTODO
- Comunicar en reunión de equipo de C. S. Castejón de Sos, el proyecto a desarrollar.
- Hablar con el profesorado y programar la actividad.
- Preparar charla-soporte audiovisual e interactuar con los niños a través de dibujos, redacciones, manualidades.... (dado que es una escuela unitaria, dependiendo de la edad de los niños) .
- Registrar la actividad mediante laficha de intervención comunitaria.

INDICADORES
Valorar el interés por parte del profesorado de la actividad y su posible continuidad en el tiempo.
Evaluar los conocimientos de los niños, antes y después de los talleres.
Nº de sesiones : mayor de 2 sesiones

DURACIÓN
Marzo - Mayo 2019

OBSERVACIONES
Al tratarse de una escuela unitaria, donde hay varios cursos, se adaptará los talleres según las edades.

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0291

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Fecha de entrada: 16/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
MONTERDE GUERRERO MIGUEL
CASAS AGUSTENCH NURIA
SANTABARBARA PALACIO ROSA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó el sistema informático para que todos los profesionales tengan acceso al registro desde sus ordenadores.
Se realizó un nuevo inventariado de las salas de urgencias.
Se determinaron los mínimos de material y farmacia, aunque ahora se ha planteado una nueva revisión, por distintos problemas detectados en este tiempo.
Se comprobó y registró las caducidades del material y fármacos existentes.
Se pidió y repuso una nueva caja para fármacos de la mochila de urgencias del C.S. Castejón de Sos.
Se actualizó el formato de registro de mantenimiento sala de urgencias.
Varias sesiones clínicas informando al E.A.P.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Utilización registro caducidades :Nº Profesionales que lo han utilizado /total de profesionales: 9/18 = 50%. OBJETIVO =>60%
-Seguimiento actividades:nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias / total de días de registro: 48 /365, de las cuales 32 en C.S. Castejón de Sos, 16 en el PAC de Benasque.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha puesto de nuevo en marcha el registro y mantenimiento en la sala de urgencias tanto en el Centro de Salud como en el PAC de Benasque, pero el cumplimiento y seguimiento de los objetivos marcados ha sido escasa, en parte debido al gran numero de profesionales que pasan por los dos centros de manera eventual, de las incapacidades laborales que se han presentado, cambio de miembros del equipo por las oposiciones y traslados surgidos en este periodo, por lo que es preciso retomar el proyecto y relanzarlo, intentando implicar al mayor nº posibles de componentes del equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/291 ========== ***

Nº de registro: 0291

Título
ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MONTERDE GUERRERO MIGUEL, CASAS AGUSTENCH NURIA, SANTABARBARA PALACIO ROSA, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0291

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha de la acreditación ISO en el C.S. de Castejón de Sos, año 2010, se ha ido realizando un sistema de control de las salas de urgencias del C.S de Castejón de Sos y del P.A.C. de Benasque y un sistema de registro de caducidades en formato ACCESS. En Junio del 2018, por criterios desconocidos por nosotros, creemos que económicos, se decidió, no renovar la licencia de ACCESS, con lo que nuestro sistema de registro, se invalidó. Eso unido a la gran cantidad de cambios en el personal del centro, ha llevado a que el Sistema de Calidad de Urgencias se haya deteriorado, por lo que se hace imprescindible volver a poner en marcha el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la seguridad del paciente.
-Aumentar la seguridad de los profesionales.
-Aumentar la satisfacción de los profesionales.
-Mejorar el acceso al registro de caducidades.
-Aumentar la implicación de todos los profesionales.
-Disminuir los riesgos de ausencia de material y fármacos.
-Disminuir la probabilidad de encontrar material-fármacos caducados.
-Asegurar que las salas de urgencias se encuentren en un estado adecuado para su uso.

MÉTODO
-Crear un sistema informático para que los profesionales tengan acceso a él desde sus ordenadores.
-Inventariado de las salas de urgencias.
-Determinación de mínimos.
-Comprobación caducidades del material y fármacos existentes.
-Solicitar y reponer nueva caja para fármacos de la mochila de urgencias del.C.S. castejón de Sos.
-Actualizar los formatos ISO de urgencias.
-Sesión Clínica informando a todos los profesionales.

INDICADORES
-Utilización registro de caducidades: nº de profesionales que lo han utilizado/ total de profesionales=> 60%
-Seguimiento actividades: nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias/total días de registro =<40%

DURACIÓN
Enero 2019 - Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de mejora finalizó en enero de 2019 y la memoria se presentó en febrero de 2019, por lo que no hay ni habrá información nueva al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son los incluidos en la anterior memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusiones y recomendaciones son las incluidos en la anterior memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1321 ========== ***

Nº de registro: 1321

Título
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)
El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

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

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.
Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palíen la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera:
Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas
Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica
Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.
Un ahorro económico a medio – largo plazo.
Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

MÉTODO
Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas.
Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.
El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.
La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas

2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS

4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes

5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)

6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias

7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

INDICADORES
1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019

2. Nº de citas obtenidas por web/Nº de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

DURACIÓN
Inicio: 1ª semana junio 2018
Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

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

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERO SANTIAGO LIDIA
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Repostaje correcto del coche por todos los usuarios.
- Mantenimiento del vehículo: se realiza anualmente, se deja anotado y se continuará haciendo.
- ITV: realizada correctamente y queda registrada para la siguiente.
- Limpieza de vehículo: se ha realizado cada 6 meses, dejando un registro de ello. Y se continuará haciendo así.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alzados han sido de un 100% de los cuatro puntos a seguir. Se ha conseguido una rutina y se continuará realizando en el centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy importante el buen uso y mantenimiento de las cosas para cuando se empleen todo funcione correctamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/127 ========== ***

Nº de registro: 0127

Título
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehiculo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
1. Repostaje del vehiculo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga).
Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA

ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. LImpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

INDICADORES
-El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
-Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

DURACIÓN
-Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
-Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
-Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
-Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
-Calendarios (Anexo 1y anexo 2)
-Responsables de implantación: El equipo responsable de antención continuada de Calidad.
-Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En un primer momento se proyecto para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año.Se comentó con la responsable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019, en espacios de 5 a 10 minutos.
Se han realizado 19 microespacios en Radio Fraga (frecuencia 107.7 FM) en 2019.Se puede acceder a través de la página de facebook de Radio Fraga a la descarga gratuita de los microespacios grabados con la aplicación IVOOX
https://www.facebook.com/pg/radiofraga/posts/?ref=page_internalhttps://www.facebook.com/pg/radiofraga/posts/?ref=page_internal
El contenido de los 19 microespacios :
1."Prevención del Cancer de cuello Uterino" Patricia Millanes, Matrona
2."Dislipemia" Isabel Domingo,MAP
3." Hipertensión arterial" Isabel Domingo,MAP
4."Diabetes" Isabel Domingo, MAP
5."Salud Mental" Paloma del Pino,Trabajadora social
6."Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté,EAP
7."Encuesta al paciente EPOC" Pilar Bitrián,EAP
8."Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortil,MAP,Coordinador de Medicina.C.S. Fraga
9."Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA.Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro,MAP
10."La alimentación en el diabético y el método plato" Inés Navasa, EAP
11."Factores de Riesgo Cardiovascular" Jose Mª LLorente,EAP
12."Tabaquismo" Sofía Barco,EAP
13."Documento de Voluntades Anticipadas" Dolors Siscart, EAC
14."Insomnio" Begoña Gregori,MAP
15."Código Europeo contra el cancer" Carlos Boned
16."Lactancia" Alicia Royes,EAP,con colaboración de una miembro del grupo de lactancia de Fraga.
17."Signos y síntomas" Paz Rubio, MAP
18. "Protección frente al sol" Paz Rubio,MAP
19." Calendario Vacunal" Pilar Albás, EAP.Coordinadora de Enfermería. C.S.Fraga

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han superado número de intervenciones propuestas. Se ha realizado una encuesta entre las personas que han participado en las grabaciones preguntando motivación para participar en el proyecto, mejoras a realizar, valoración de la información para acceder al lugar,etc.Valoración positiva de la experiencia pero ha sido complicado a nivel de organización interna porque se trata de un centro con mucha presión asistencial.
No se ha realizado encuesta teléfonica posterior a los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para una mejor sostenibilidad del proyecto a largo plazo se ha planteado este año hacer un número inferior de microespacios, seis al año.
Como punto a mejorar conseguir un método de evaluación de los microespacios por parte de la ciudadania y de interacción con la misma.

No se ha realizado encuesta telefónica posterior a los pacientes. Cuando se redactó el proyecto se desconocía la situación de precariedad por falta de personal por la que pasaríamos meses después. Solicitamos que se tenga en cuenta y a partir de ahora se valore este proyecto en función de la adecuación en el número de emisiones en radio a las planificadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/316 ========== ***

Nº de registro: 0316

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria
Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO
Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud
Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES
Registro de las actividades realizadas
Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN
Intervenciones de 5´-10´
Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización
Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LAIMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOSPROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IBOR CARLOS BLAS
MARIN FLORIA ANA BELEN
DOMINGO ARANDA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza acreditación en docencia, no llegando a cumplir el calendario por la alta carga asistencial, cambios en la plantilla y falta de personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha llevado a cabo la acreditación en el 2º semestre según objetivos, siguiendo los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la actividad asistencial de los profesionales gracias a la implementación de sesiones acreditadas y unificación de criterios clínicos dentro de los profesionales sanitarios del centro.

7. OBSERVACIONES.
Seguimos trabajando día a día por la mejora del equipo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/644 ========== ***

Nº de registro: 0644

Título
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.
-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LAIMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOSPROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

MÉTODO
Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

INDICADORES
-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.
-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad. Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

DURACIÓN
Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.
Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES SISCART TRESANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
PEREZ BENAC LUIS
PUYUELO GIMENEZ GABRIEL
SANZ SASOT CRISTINA
VIDALLET RIOS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han utilizado pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés, otros servicios de salud estatales, etc.

Se ha utilizado como medio “la comunicación escrita” mediante carteles tamaño póster.

Los carteles:
- Son claros y expresan muy bien la idea que pretendemos.
- La imagen es lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Se han colocado en la salita de urgencias, se han colgado 5, de los cuales son temporales de la estación de otoño como gastroenteritis en niños, vacunación, lavado nasal, medidas físicas para el control de la temperatura, “Mi niño tiene mocos, necesita antibiótico” y 3 de permanentes: lavado de manos, Voluntades anticipadas, y recogida de muestras de orina, este último lo hemos colocado en la zona de los aseos, en la consulta de medicina se han colgado 2 (lavado nasal y medidas físicas para el control de la temperatura) y en la zona de admisión de urgencias la Gestión de tiempos.

Cumplimiento del calendario:

El proyecto tiene una duración de 12 meses, por motivos técnicos después de entregar el proyecto en junio de 2019, se pudieron conseguir los posters en tamaño Dina 3 en noviembre 2019 dado que en ese momento no era viable conseguirlos en tamaño poster, por tanto el proyecto quedaría finalizado al año, coincidiendo con inicio de otoño tal y como lo hemos iniciado.
Durante el mes de marzo se realizó la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.
Se inicia la colocación de los carteles en noviembre de 2019 y cada cartel se mantendrá durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación.
El grupo de trabajo se reunirá cada quince días antes del comienzo de cada estación para la selección de los carteles de cada estación.
Durante el mes de diciembre se procederá a la recogida de 100 encuestas para evaluar el impacto del proyecto.
Se evalúa de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de todos/as los usuarios que acudan al servicio.

Se realizan carteles de carácter temporal y otros permanentes. Los temporales varían según la estación del año.
A continuación se detallan los carteles ya presentados:

TEMPORALES

Primavera:
- Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona.

Verano:
- Medidas de protección frente al sol y al calor.

Otoño:
- Tratamiento de la gastroenteritis aguda
- Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.

Invierno:
- Lavado nasal pediátrico.
- Medias físicas antitérmicas en adultos.

PERMANENTES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

- Higiene de manos.
- Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.
- Voluntades Anticipadas.
- Protocolo de extracción de muestra de orina.

Indicadores y evaluación:

- Se pasará una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. En total serán unas 400 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales.
- El día 4 de diciembre se realizó una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se lleva cabo en atención continuada. Hubo muy buena acogida por parte de todos los profesionales del centro de salud de Fraga
- Se emitirá una sesión radiofónica el día 13/01/2020 sobre el proyecto y los pictogramas expuestos durante este trimestre de otoño y la exposición de posters del periodo invernal.

Recursos necesarios

Los recursos que se utilizarán serán:
- Ordenador
- Cartulinas
- Fotocopiadora para poder imprimir los carteles a tamaño Din A 3.
- Cinta adhesiva o paneles informativos para colgar los carteles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el periodo de otoño se han pasado las primeras 100 encuestas analizadas con el programa estadístico SPSS 19 y con las variables de sexo-edad y las 5 preguntas del anexo 1 con los siguientes resultados:
Por sexo de los encuestados un 52% son mujeres y un 48% hombres.
Los porcentajes de franjas de edad de los encuestados son 18-30 un 15%, 31-50 un 49%, 51-70 un 25% y más > 71 un 11%.
A las preguntas contestadas:
- Pregunta Nª 1, el 71% positivas frente a un 29% que los carteles no les había llamado la atención.
- Pregunta Nº 2, el 92% positivos frente al 8% que no lo consideran apropiado.
- Pregunta Nº 3, el 92% positivos frente al 8% que consideran que el lenguaje no es comprensible.
- Pregunta Nº 4, el 83% positivos frente al 17% que piensan que lo aprendido a través de los carteles no le será útil.
- Pregunta Nº5, el 83% positivos frente a 16% que no desean más carteles.

Objetivo general:
- Lograr la atención de los usuarios en un 20% que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria.

Objetivos específicos:
- Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
- Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
.La pregunta nº 1 ¿Le han atraído visualmente las ilustraciones / carteles, nos ha sorprendido que el porcentaje sea inferior con un 71% con relación a las otras preguntas.
Esto se podía deber a que los posters han sido de un tamaño inferior a lo que teníamos previsto en un principio que era Dina 1 y haya podido contribuir a que los usuarios no les llamase la atención.
La respuesta que ha tenido un porcentaje más alto ha sido la nº 2 con un 92% ¿ Los considera apropiados para la sala de espera de un servicio de urgencias?
Así como la nº 3 también con un 92%: El lenguaje empleado en los carteles, ¿es comprensible?
La pregunta nº 4 ¿Considera que lo aprendido a través de los carteles le será útil para su vida cotidiana? Y la nº 5 ¿Le gustaría que hubiera más carteles informativos sobre temas de salud? han tenido un mismo porcentaje 83%.
En resumen y viendo el resultado de las preguntas, nos gustaría que el tamaño de los posters fuese con Dina 1 y plastificados y para aumentar la interactividad de nuestros usuarios con los pictogramas.
Además realizar pictogramas e ilustraciones en diferentes idiomas para favorecer la interactividad y equidad social con poblaciones más desfavorecidas dado el 26 % del centro de salud de Fraga es población inmigrante.

7. OBSERVACIONES.
Debido a motivos técnicos surgidos para la edición de los pictogramas, se retraso la exposición al período de otoño y por tanto queda abierto el proyecto hasta finalizar el verano de 2020, habiendo cumplido las cuatro estaciones entre los años 2019-2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

*** ========== Resumen del proyecto 2019/136 ========== ***

Nº de registro: 0136

Título
EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Autores:
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CASAS SORO SILVIA, PEREZ BENAC LUIS, SANZ SASOT CRISTINA, PUYUELO GIMENEZ GABRIEL, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El centro de salud de Fraga cuenta con 16.056 usuarios que disponen de tarjeta sanitaria según datos del 2018 del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). El Servicio de Atención Continuada recibe a 8.000 usuarios al año según datos del sector del 2018. Por lo tanto, se objetiva una alta demanda de los servicios por parte de la población.

Al revisar los motivos de demanda en el servicio, se observa una constante repetición de consultas por síntomas o enfermedades comunes que se podrían solventar en el domicilio al disponer de conocimientos sobre educación sanitaria y/o medidas de seguridad e higiene (ejemplo: colocación del termómetro, toma de analgésicos y/o antitérmicos, etc).

Ante esta situación, el personal de enfermería del servicio de atención continuada del centro de salud de Fraga se propone incrementar los conocimientos en lo que se refiere a educación sanitaria en los usuarios, mientras esperan en la sala de espera. Se pretende realizar de forma clara, sencilla, directa y que se pueda extrapolar a la toda la población, mediante pictogramas e ilustraciones que se colocarían en la misma sala de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general
Lograr la atención de los usuarios que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria.

Objetivos específicos
Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

MÉTODO
Se utilizaran pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés, otros servicios de salud estatales, etc.

Se utilizará como medio “la comunicación escrita” mediante carteles tamaño póster.

Los carteles:
- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Que la imagen sea lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Que se coloquen en un lugar visible y estratégico, tanto en el interior como en el exterior de los locales del centro.

Se realizarán carteles de carácter temporal y otros permanentes. Aquellos temporales variarían según la estación del año, ya que según la época los motivos de consulta varían. A continuación se detallan los carteles a presentar:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

TEMPORALES
Primavera: Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona
Verano: Medidas de protección frente al sol y al calor.
Otoño: 1.Tratamiento de la gastroenteritis aguda
2. Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.
Invierno: 1. Lavado nasal pediátrico.
2. Medidas física antitérmicas en adultos.

PERMANENTES
Higiene de manos.
Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.
Voluntades Anticipadas.
Protocolo de extracción de muestra de orina.

INDICADORES
Se pasará una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. En total serán unas 400 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales.
Se realizará una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se llevará a cabo en atención continuada.
Se emitirá una sesión radiofónica trimestral sobre los temas a tratar.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración de 12 meses, el cual dará comienzo en marzo de 2019 coincidiendo con el inicio de la primavera, y finalizará en marzo de 2020.
Durante el mes de marzo se realizará la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.
Se iniciará la colocación de los carteles en abril de 2019 y cada cartel se mantendrá durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación. A excepción del cartel de primavera que finalizará una semana antes para poder realizar la recogida de datos, análisis de los mismos y redacción de resultados.
El grupo de trabajo se reunirá quince días antes del comienzo de cada estación para la elaboración del cartel estacional correspondiente. Ademas, se procederá a la recogida de encuestas para ir introduciendo datos en la base de datos.
Se evaluará de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de todos/as los usuarios que acudan al servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOEMI ALEXANDRA SERRANO PELLUS
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUCALON IRACHE ELOISA
LARDIES UTRILLA DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo el seguimiento en el embarazo a mujeres embarazadas con 4 visitas pautadas:
-1ª visita: Se realiza en el 1º trimestre de gestación, derivada de consulta de matrona. En ésta primera consulta se realiza la exploración de cavidad oral, evaluación de estado dental (caries), presencia de placa dental,gingivitis y sangrado. Se dan instrucciones de higiene oral (cepillado, utilización de seda dental) para prevenir la acumulación de placa dental y gingivitis que preceda a periodontitis. Consejos dietéticos: alimentos cariogénicos y alimentos saludables que debe consumir para evitar la aparición de caries dental. Control de la gingivitis ya que debido a las hormonas del embarazo a veces aparece épulis. En ésta visita toda la prevención y primera aplicación de barniz de flúor (fluorización), y planificar según estado general durante el embarazo posibles tratamientos (preferibles en 2º trimestre del embarazo ya que es el más seguro) tales como tartrectomía (limpieza bucal).
-2ª visita: Se realiza en el 2º trimestre de gestación. Exploración de cavidad oral y evaluación de su estado(placa,caries,gingivitis,sangrado) . Se aplica segunda aplicación de barniz de flúor (fluorización) y se planifica cita para realizar tartrectomía(limpieza bucal).
-3ª visita: Se realiza en 3º trimestre de gestación. Exploración de cavidad oral y evaluación de su estado(placa, caries, gingivitis) . Se aplica tercera aplicación de barniz de flúor (fluorización).
-4ª visita:Se realiza en postparto. Exploración de cavidad oral y evaluación de su estado (placa,caries,gingivitis,sangrado). Se aplica cuarta aplicación de barniz de flúor (fluorización). En ésta visita damos consejos para higiene oral del bebé a las madres (cómo limpiar encias y dientes tras las tomas de alimentación, aparición de los primeros dientes, atención a las caries de biberón y uso inadecuado del chupete siendo su retirada alrededor de los 2 años) .
Lo hemos realizado a lo largo del año 2019 y los recursos utilizados se encuentra en nuestra consulta de salud bucodental, ya que los materiales se van pidiendo conforme se van necesitando en pedido habitual:
-Aparato de ultrasonidos con su correspondiente punta de trabajo para realizar tartrectomías .
-Cepillos de pulir y pasta de profilaxis para realizar tartrectomías.
-Barniz de flúor para las fluorizaciones.
-Aspiradores dentales para tartrectomías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado final es positivo, se ha dado cobertura de tratamiento a la población diana que ha acudido a la consulta de salud bucodental, derivados de las consultas de matrona y ginecología.
-Número de mujeres embarazadas atendidas en consulta salud bucodental (117) / Número de mujeres embarazadas vistas por matrona (192) .
-Número de mujeres embarazadas con aplicación de flúor (117) / Número de mujeres embarazadas vistas en consulta salud bucodental (117) .
-Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza tartrectomía (110) / Número de mujeres embarazadas atendidas en consulta salud bucodental (117).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión diremos que se ha conseguido mejorar la prevalencia de gingivitis y periodontitis en las mujeres embarazadas que han llegado a nuestra consulta de salud bucodental, así como la salud oral en general ya que la prevención en higiene dental ha sido la base. Ha habido pacientes que no han acudido a nuestra unidad ya que no se han visto al total de embarazadas vistas por matrona, pero aún así estamos satisfechos de la labor llevada a cabo porque durante todo el proceso hemos apreciado el resultado. Por eso estimamos oportuno que la mejora del proyecto se siga haciendo para poder seguir dando el tratamiento de cobertura.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1291 ========== ***

Nº de registro: 1291

Título
MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA.

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA, CUCALON IRACHE ELOISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de salud bucodental de Fraga estamos atendiendo a embarazadas en distintas etapas del embarazo, con un alto índice de patologia bucodental, principalmente enfermedad periodontal y caries. A pesar de ser una prestación incluida en atención primaria, no se está llevando a cabo en nuestro centro de salud de Fraga, por lo que vemos la necesidad de establecer una prevención en la preconcepción y durante el embarazo. Acuden a consulta cuando ya es evidente que existe algún problema (gingivitis, dolor dental...) sin ser conscientes de que una revisión previa y cuidados dentales son imprescindibles para la embarazada y su bebé. Está demostrado que la periodontitis en la madre está asociada con el aumento del riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer y restricciones de crecimiento intrauterino. Es por ello, que la captación de éstas pacientes a través de las consultas de: matrona, enfermería, médicos de familia, pediatria y unidad de salud bucodental se hace imprescindible.

RESULTADOS ESPERADOS
-Concienciar a la embarazada de la importancia de realizar revisiones periódicas para la prevención y cuidados de salud bucodental de ellas como para el bebé.
-Detectar la enfermedad periodontal en sus primeros estadíos (gingivitis), para tratarla mediante tartrectomia.
-Incluir el tratamiento de tartrectomia (limpieza bucal), en el servicio de atención ampliando así la cobertura.
-Disminuir la incidencia de patologia bucodental durante el embarazo, principalmente enfermedad periodontal y caries.

MÉTODO
-Conocer el estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento de las embarazadas.
-Realizar exploraciones y poner en marcha protocolo de medidas preventivas de la cavidad bucal en la preconcepción y a mujeres embarazadas.
-Realizar tartrectomias en nuestra unidad de salud bucodental como primera medida para evitar las posibles complicaciones que la enfermedad periodontal puede llegar a producir según va avanzando el embarazo.
-Educación en higiene oral: instrucciones de cepillado, utilización de cinta o seda dental, importancia de la no acumulación de placa bacteriana.
-Aplicación de flúor tópico en cubeta de gel y barnices.
-Consejos dietéticos: alimentos cariogénicos y alimentos saludables.
-Durante el embarazo se realizarán tres visitas, una en cada trimestre y se valorará en cada consulta: fluorizaciones, exploración oral (placa o tártaro, gingivitis, enfermedad periodontal, caries) y su posterior tratamiento cuando así lo requiera, preferiblemente en el 2º trimestre del embarazo, ya que es el considerado más seguro.
-Valorar la prevalencia del tratamiento periodontal después del parto, entre el 1º y 3º mes post parto, se hará una revisión odontológica, así como instruir a la madre en la educación oral del bebé (como limpiar las encias, explicar las caries de biberón, y el uso inadecuado del chupete).

INDICADORES
Los indicadores que se van a utilizar serán:
-Número de mujeres embarazadas atendidas en unidad de salud bucodental/ Número de embarazadas gestionadas por matrona.
-Número de embarazadas con aplicación de flúor tópico/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.
-Número de embarazadas a las que se realiza tartrectomía/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.

DURACIÓN
La fecha de inicio sería inmediato, llevándolo a cabo en 2019 y la intención es que continue sin interrupción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0165

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA MILLANES GALLINAT
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
ARIÑO BAILO VANESA
LAPEÑA LLERA ANABEL
COSTA MENEN ELENA
DUESO CORBALAN MARIA CARMEN
CALVET PALAU MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Seguimiento del Protocolo Autonómico de Contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por Especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control y retirada de DIUS a las matronas de AP
- Reunión del grupo de trabajo
- Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados
- Recogida de los datos de la actividad realcionada con la inserción y retirada de implantes por las matronas de AP de todo el Sector
- Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Las mujeres atendidas en el CS Fraga que solicitan información para IVES en 2019 ha sido de 21, suponen 3 más que en 2018 pero 10 menos que en 2017 . De ellas un 71,4 % son extranjeras y todas proceden de Bulgaria y Rumanía. Durante 2019 no hemos informado de IVE a mujeres extranjeras procedentes de otros países
- El 50% de las mujeres informadas tenían alguna interrupción de embarazo previa
- En 2019 se han controlado en Fraga 209 mujeres embarazadas, de las cuales 99 eran Españolas (47,3%) y Extranjeras 110 (52,6%) siendo el porcentaje mayor los correspondientes a las nacionalidades de Rumania, Bulgaria y Marruecos.
- Se han atendido a mujeres de 14 nacionalidades distintas, siendo el país de origen más frecuente Bulgaria y Rumanía que representan un 29% del total de mujeres embarazadas atendidas
- El 91,3 % de las embarazadas con edad igual o menor a 20 años son extranjeras
- El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 año el año 2016 cuando se puso en marcha el Programa de Organizacion anticonceptiva de Aragón a 175 implantes en 2019. Su uso se ha incrementado en un 343% en tres años, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias y añ mayor conocimiento del método por parte de las usuarias. En Atención Especializada sólo se han puesto en 2019 menos de 10 implantes anticonceptivos
- Del total de mujeres atendidas para método LARC con implante, el 62,6% son extranjeras
- Se han insertado 175 implantes en todo el Sector, se han recambiado 27 y se han retirado 63 implantes, 38 de los cuales por mala tolerancia de la usuaria, siendo el sangrado continuo la causa más frecuente de no aceptación del método. La tasa de retirada de implantes por mala tolerancia se ha incrementado en un 3%
- El numero total de DIUs insertados en el Sector en 2019 ha sido de 322. De éstos, 70 corresponden a DIUs de cobre (21,7%) y 252 (78,2%) a DIUs de levonogestrel.
- En 2016 se colocaron 118 DIUs de LNG, en 2017 unos 164 y en 2018 se insertaron 178. Desde la puesta en marcha del programa de organización anticonceptiva de Aragon (2016) hemos incrementado en un 213% los DIU de LNG, teniendo en cuento tanto su uso terapeutico como anticonceptivo
- En 2019 un 64,6 % de los DIU de LNG corresponden a MIRENA y un 35,3% a Kyleena
- Sólo el 5,2% de las mujeres que optaron por el DIU como método eran nulíparas
- El 65% de las mujeres que optaron por el DIU eran españolas y el resto extranjeras
- En cuanto a la demora en las Consultas de ginecología para atender Inserción de métodos LARC, actualmente no hay demora en ninguna consulta por la realización de consultas extraordinarias y por la disminución de demanda dado que la anticoncepción de bajo riesgo la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas: 90 %
- Número de DIUS insertados en consultas en 2019: 322
- Numero de DIUS en nulípara 2019: 15
- Número de implantes insertados por Atención Primaria 2019: 202
- Numero de implantes insertados por Atención especializada en 2019: 9
- Numero de implantes retirados por mala tolerancia en AP en 2019 : 38
- Control de complicaciones: 0 Complicaciones en inserción de implantes y 1 migración a cavidad abdominal de un DIU de LNG

- La población en edad fértil que asistimos en el Sector Barbastro, es compleja y variada. El porcentaje de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0165

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

mujeres extranjeras atendidas en el parto en el hospital es del 37% y en algunas consultas, como Fraga, llega al 52,6% con 14 nacionalidades diferentes
- Se trabaja para informar sobre anticoncepción y evitar IVES de repetición, captando a las mujeres de riesgo en las consultas de atención primaria y también con la información dada por las matronas de planta de puérperas del Hospital de Barbastro,facilitándoles el acceso a métodos seguros
- Destacar la importancia del implante anticonceptivo como método de larga duración, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria. La inserción del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital
- El incremento en la inserción de métodos LARC permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en el Sector
- El 50% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Fraga en 2019 para información de IVE, refieren haber tenido IVEs previos. Este dato nos debe hacer plantearnos que se debe potenciar desde Atención Primaria la recaptación de estas mujeres de riesgo para planificación posterior al IVE ya que la mayor parte de ellas no acuden a la visita con la matrona postIVE
- Consideramos necesario trabajar de forma coordinada los equipos de AP, matronas y ginecólogos para facilitar la contracepción segura
- El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, ha supuesto una disminución en la lista de espera en las consultas de planificación familiar de ginecología

7. OBSERVACIONES.
Con esta memoria cerramos el Proyecto de Mejora de Calidad porque consideramos que el Programa de Organización Anticonceptiva de Aragón en nuestro Sector está funcionando con unos resultados claramente positivos
La coordinación entre niveles asisitenciales es uno de los objetivos del Programa y a día de hoy está conseguido y ha permitido acercar el consejo contraceptivo y los métodos LARC a todas las usuarias del Sector

*** ========== Resumen del proyecto 2019/165 ========== ***

Nº de registro: 0165

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA - ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITRIO DE BARBASTRO

Autores:
MILLANES GALLINAT PATRICIA, BERDALA CLEMENTE RAQUEL, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, ARIÑO BAILO VANESA, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, COSTA MENEN ELENA, DUESO CORBALAN MARIA CARMEN, CALVET PALAU MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer para que tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón.
En el Sector Barbastro, dado que no hay consulta especifica de Planificación, consideramos necesario trabajar coordinadamente con las matronas de Atención Primaria, enfermería de especializada y ginecólogos, para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y la accesibilidad a las consultas, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales). De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros y observamos que el implante hormonal, era bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes.
Seguimos trabajando para mantener el circuito asistencial en el postparto inmediato, desde el hospital a las consultas, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora.
En 2015, se inició en Atención Primaria la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas, esto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0165

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

ha favorecido la instauración del método, asegurado el seguimiento de las mujeres y ha disminuido las derivaciones a Atención Especializada.
El 33% de los partos atendidos en 2017 el Hospital de Barbastro, son inmigrantes y en la consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por la dificultad idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.
En 2018 el porcentaje de partos de mujeres extranjeras en Barbastro ha sido de 48%.
En 2018 en la consulta de Fraga se atendieron 199 embarazadas, de ellas 47,73% son extranjeras, el numero de nacionalidades ha sido de 17. El tipo población atendida en esta consulta es muy variable y se detectan dificultades para la atención sanitaria por desconocimiento del idioma y de la forma de acudir al Sistema sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El Objetivo general:
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres.
Objetivos específicos:
- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita, clara y traducida de los diferentes métodos.
- Potenciar la utilización de Métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO
- Seguimiento del Programa Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP
- Reunión del grupo de trabajo.
- Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología y por parte de las matronas de atención Primaria del Sector, de los métodos LARC instaurados.
- Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto
- Dar a conocer el Programa de organización Anticonceptiva de Aragón tanto a los médicos de AP como a los ginecólogos de nueva incorporación en los diferentes centros (gran movilidad de personal en cortos espacios de tiempo)

INDICADORES
Nºmujeres puérperas informadas en Planta
NºDIUS insertados en 2019
Nºimplantes insertados por A. P. y A. Especializada en 2019
Nºimplantes retirados por mala tolerancia en 2019
Porcentaje de mujeres que no acuden al control postinserción
Control complicaciones

DURACIÓN
Finalizacion en Diciembre de 2019

Recogida complicaciones de los implantes y DIUs

Evaluacion: Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE
PUEYO GARCIA ROSA MARIA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BUCHACA PARDO NURIA
ORDUNA NAVAS MARIA
AGUELO FLORIA MARCOS
SUSIN LORES JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras las actividades descritas en la memoria de seguimiento de 2018; entre ellas: configuración de los listados por cupos sanitarios, de pacientes adscritos al Programa de Inmovilizados y Dependientes (320), y elaboración de los criterios de inclusión y exclusión de ofrecimiento de la página web a los cuidadores, desde el grupo de trabajo se llevó a cabo una evaluación del desarrollo del proyecto de la página web https://centrosaludgraus.wixsite.com/cuidadores,creada entre los meses de Agosto a Noviembre de 2018.
En dicha evaluación, se evidenció que el Indicador que nos habíamos fijado de numero de cuidadores instruidos/total de pacientes incluidos en los listados del servicio 320-pacientes Inmovilizados y Dependientes x 100; fue de un 40.26 %.
A su vez, tras una reunión con el Equipo de Atención Primaria se decide incluir este proyecto en el Acuerdo de Gestión del Centro de Salud y así conseguir la implicación de todos los profesionales del centro, ya que permite una mayor eficiencia en el seguimiento y cuidados dirigidos a pacientes Inmovilizados y Dependientes por parte de quienes los atienden tanto en domicilio como en la consulta del centro de Salud.
A través de la aplicación gratuita Wix.com, hemos creado la página web htpps://centrosaludgraus.wixsite.com/cuidadores, elegida también por su facilidad a la hora del diseño y del posterior manejo por el usuario. .Puede configurarse en versión para el ordenador y/o Smartphone, desarrollando principalmente la versión para móvil que es la vía de acceso mayoritaria a la nuestra página.
La página web se ofrece tanto por el personal de medicina o personal de enfermería en cualquier visita domiciliaria y se enseña a directamente a conectarse en la página a los cuidadores de los pacientes, siempre que tengan dispositivo móvil con conexión a internet y aptitudes básicas en el manejo(siendo este uno de los criterios de inclusión).
La página web se estructura comenzando con una presentación a través de una fotografía del EAP de Graus y una introducción de los objetivos de esta iniciativa, junto con una explicación sencilla sobre cómo manejarse dentro de esta web a través de un menú flotante. Éste permite acceder a los diferentes contenidos en diferentes pestañas; sobre alimentación (pirámide de alimentos, tipos, necesidades nutricionales, atención y cuidados en la disfagia…), guías visuales del cuidador editadas por el SALUD y enlaces a campañas del SALUD como la Gripe 2019/2020, (video diferenciación gripe/resfriado) y la recomendación de vacunación, Anciano y calor,correcta higiene de manos, prevención de ulceras por presión, cambios posturales y una pestaña que llamamos “El rincón del cuidador” donde tratamos temas del autocuidado del cuidador y soporte emocional a través de cuentos, fotografías…etc.. . Otra de las pestañas es la que permite enviar sugerencias a través de correo electrónico por parte de los cuidadores a los profesionales que realizan la página, de modo que hay una comunicación directa .
.
Como se van incluyendo nuevos temas y pestañas dentro de la página web se decide crear una carpeta llamada” Cuidadores” dentro del archivo común del centro, ya que de este modo queda allí guardada toda la documentación/información/recursos que se publica en la página web y también el registro de los pacientes a los que estamos ofreciendo la conexión. Se acordó que ante un cuidador que tenga dificultad para acceder a la página web, por diferentes causas, se le proporcionen los contenidos de dicha página web en papel. Se creó también una hoja que se da al cuidador, donde consta tanto la dirección de la página web para ponerla en el navegador y poder llegar a ella, como una foto del contenido de la portada de nuestra página.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez realizada la evaluación del desarrollo del proyecto en el 2018 y ver que no se ha conseguido como resultado el estándar fijado, se decide implementar la publicidad y aumentar el conocimiento de esta página web colocando un cartel explicativo e informativo, en el tablón de anuncios situado en el pasillo principal del Centro de Salud, así como incidir en una mejora de la comunicación profesional/cuidador para hacer su uso más extensivo.
A fecha 20 de Enero de 2020, todos los profesionales aportan los resultados de su cupos, con lo que se obtenemos un porcentaje de cobertura en la implantación del recurso del 60 % . Desde la primera evaluación en febrero de 2019 se ha aumentado un 20%. El estándar fijado fue que el 80% de los cuidadores de pacientes dependientes e inmovilizados conozcan la página web creada.
Todos los cuidadores que se han instruido en el uso de la página web y la han utilizado, hacen una valoración positiva, aunque perciben como una debilidad la forma de acceso, ya que al no tener un dominio propio, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

ralentiza la conexión y el uso, lo cual se intensifica en las poblaciones con peor acceso a internet rural. Desde la Dirección de enfermería del Sector se nos ha facilitado comunicación con el servicio de Informática para solventar este asunto.
Se ha mantenido a su vez una comunicación con la persona responsable de la Comarca de la Ribagorza del área de ayuda a domicilio, enviándole el enlace a al página web para que lo pueda divulgar entre los trabajadores de Ayuda a Domicilio a su cargo y tengan acceso al recurso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
. A partir de febrero de 2019 se han mantenido 4 reuniones del equipo de trabajo en las que se valora y analiza el trabajo realizado hasta el momento. Cabe destacar que fuera de estas reuniones, en el día a día, la comunicación entre los miembros del equipo ha sido muy fluida y la aportación de contenidos ha sido más rápida a través de grupo de Whatsapp creado para este fin.
Se han ampliado los contenidos relativos al soporte emocional del cuidador, cuando en una valoración previa se supuso que eran más difíciles de abordar, el resultado a sido satisfactorio, a través de cuentos,…textos… imágenes… en definitiva recursos sencillos pero efectivos.
En el centro se ha creado un grupo de trabajo de Atención Comunitaria y se ha incluido la página web en la Agenda Comunitaria.
En todos los cupos sanitarios se ha llevado a cabo una revisión del Programa del Inmovilizado y Dependiente, lo cual ha supuesto una mejora en la inclusión de pacientes al mismo, valoración a través de la escalas de dicho programa y que a su vez permite una mejor identificación de las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, en definitiva una mejora en su atención.
En una discusión de grupo vemos que es factible y operativo mantener esta página web en el trabajo habitual ya que en estos dos años, desde su creación, el manejo es sencillo, y la aportación de información se genera desde las necesidades sentidas y verbalizadas por los cuidadores, en el día a día. Los usuarios/cuidadores también aportan sugerencias en la página web a través de una pestaña creada para este fin.Se incluyó un contador de visitas y a fecha 30 de Enero de 2020 se han contabilizado 916.
Se ha iniciado el taller" Cuidarte " en la Zona Básica de Salud por parte de la Comarca . Por parte de las Trabajadoras Sociales y tras reunión conjunta se han propuesto al que algún miembro del equipo de trabajo vaya a una sesión para dar a conocer la página web.
Semanalmente se revisa el correo donde se vuelcan las sugerencias de los cuidadores/usuarios y se ha establecido que mensualmente se incluirán nuevos contenidos para favorecer el dinamismo y que sea una página actualizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1126 ========== ***

Nº de registro: 1126

Título
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoracion negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
-Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
-Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO
- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
-Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes fisicas y posibilidades tecnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
-Seleccion de test valoración sobrecarga del cuidador.
-Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmision de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
-Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
-Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES
- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %

-Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado tecnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%

-Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN
-Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
-Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
-Creación de criterios de inclusion de cuidadores(juni0 2018)
-Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
-Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
-Pasar encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1397

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUELO FLORIA MARCOS
BANDRES PARDO NATALIA
ORDUNA NAVAS MARIA
PUEYO GARCIA ROSA
SIRVENT MAZARICO IGNACIO
CAVERO TOLOSA ANA MARIA
FERRER ASIN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se realizó una reunión del EAP para crear el grupo de trabajo y presentar el proyecto. Una vez formado el grupo, se realizaron varias reuniones del equipo del proyecto para programar las actividades a realizar.
Nos pusimos en contacto con los siguientes colegios de la zona, para presentar el proyecto: Colegio Joaquín Costa de Graus, CRA Baja Ribagorza y Colegio Cerbín de Campo, obteniendo respuesta favorable a realizar la actividad por parte del CRA Baja Ribagorza y del Colegio Cerbín de Campo. Programamos conjuntamente con la dirección de esos colegios las fechas de realización de los talleres, y les proporcionamos material escrito y audiovisual para prepararlo con los alumnos antes de nuestra formación presencial. Dividimos a los alumnos por grupos de edad, creando los siguientes:
En el CRA Baja Ribagorza nos desplazamos a:
- Lascuarre. Dos grupos de niños: De 3 a 6 años y de 7 a 11 años.
- Capella, acudiendo allí los niños de la Puebla de Roda también. Dos grupos de niños: De 3 a 6 años y de 7 a 11 años.
- La puebla de Castro. Dos grupos de niños: De 3 a 6 años y de 7 a 11 años.

En el Colegio Cerbín de Campo hicimos 3 grupos: Niños de 3 a 6 años, niños de 7 a 11 años y niños de 12 y 13 años.

Posteriormente realizamos varias reuniones del equipo para preparar el temario y ensayar la metodología.
Las fechas acordadas en cada colegio, realizamos los talleres teórico-prácticos, de entre 1-2 horas de duración, con apoyo de material audiovisual y canciones acompañadas a la guitarra; además de un peluche que trajo cada alumno. Adaptamos el contenido de cada taller a la edad de los alumnos que lo recibieron. Los temas tratados fueron cómo reconocer una situación de emergencia, saber pedir ayuda/llamar al 112, posición lateral de seguridad, atragantamientos y RCP básica.
Por último, proporcionamos todo el material a los profesores, para que pudieran reforzar los conceptos posteriormente al taller y también, si lo deseaban, repetir la formación periódicamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de niños participantes fue mayor del 80% en todos los centros y grupos realizados.
El grado de satisfacción del alumnado así como del profesorado fue elevado. Como puntos a mejorar/posibles líneas para continuar trabajando, recibimos la propuesta de varios profesores de realizar talleres dirigidos a ellos, cosa que valoraremos en próximos cursos.
Comprobamos asimismo, tanto mediante preguntas como casos prácticos, el aprendizaje correcto de los conceptos alcanzado por los alumnos al finalizar los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trató de una experiencia muy gratificante, dado que vimos que el aprendizaje de los conceptos clave por parte de los alumnos fue muy fácil al haber trabajado previamente los profesores los materiales con ellos, y al realizar el taller de forma práctica mediante material audiovisual y canciones.
Como aspectos pendientes quedaría ofertar nuevamente la actividad al colegio del que no recibimos respuesta favorable para realizarlo; y recordar al resto de colegios que repasen al menos anualmente esta metodología y estos conceptos con los niños, existiendo la posibilidad de volver a realizar los talleres presenciales por nuestra parte de forma periódica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1397 ========== ***

Nº de registro: 1397

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1397

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

Autores:
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, AGUELO FLORIA MARCOS, BANDRES PARDO NATALIA, ORDUNA NAVAS MARIA, PUEYO GARCIA ROSA, RIAZUELO RAPUN CLARA, CAVERO TOLOSA ANA MARIA, FERRER ASIN MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los primeros auxilios salvan vidas. Son técnicas que cualquier persona, independientemente de su edad, tiene la capacidad de aprender y poner en práctica. La actuación inmediata tras un accidente o situación de emergencia se ha demostrado que mejora mucho el pronóstico de la víctima, por ello, si los niños aprenden cómo actuar en estas situaciones desde la edad escolar, no tendrán miedo ni dudas a la hora de hacerlo en caso de necesidad cuando tengan la edad necesaria o bien se encuentren guiados por el centro coordinador de emergencias de forma telefónica.
La población infantil posee una gran capacidad de aprendizaje y motivación, por ello planteamos a los colegios de la zona la posibilidad de formar a los niños en estos contenidos, dado que acudiendo al centro escolar tenemos acceso a la mayoría de la población susceptible de recibir esta formación y posibilitando que estas actividades de realicen de forma periódica, de manera que la adquisición de conocimientos sea progresiva y duradera.

RESULTADOS ESPERADOS
La actividad propuesta está orientada a escolares de educación primaria de los centros de la zona de salud perteneciente a nuestro CS Graus.
Se ha contactado con los colegios de la zona, y, en aquellos centros en los que los alumnos están mezclados por edades y el número de los mismos es menor, se ampliará esta formación al segundo ciclo de educación infantil.
El objetivo fundamental es que los alumnos conozcan el concepto de primeros auxilios, sepan activar los servicios de emergencia disponibles cuando éstos sean necesarios, y cómo actuar en dichas situaciones. Éstos deberán aprender: Cómo llamar correctamente al 112, cómo distinguir si una persona está inconsciente, la posición lateral de seguridad, cómo actuar ante un atragantamiento y qué son y cuándo comenzar las maniobras de RCP básica.

MÉTODO
-Reunión en el EAP para crear el grupo de trabajo y presentar el proyecto.
-Contacto con la dirección de los colegios de la zona, inicialmente para presentar el proyecto:
oColegio Joaquín Costa de Graus
oCRA Baja Ribagorza
oColegio Cerbín de Campo
Por el momento hemos obtenido respuesta favorable del CRA Baja Ribagorza y del Colegio Cerbín de Campo.
Posteriormente se programará la fecha de realización de los talleres presenciales y se repartirán los alumnos en grupos pequeños para trabajarlos.
-Reunión del equipo del proyecto para preparar el temario y la metodología por la que se desarrollará la formación.
-Realización de los talleres teórico-prácticos, de entre 1-2 horas de duración, con apoyo de material audiovisual y canciones, y un peluche que deberá traer cada alumno. Se adaptará el contenido de cada taller a la edad de los alumnos que lo reciban.
-Por último, se proporcionará el material a los profesores, para si lo desean, puedan repetir la formación periódicamente o reforzar los conceptos posteriormente al taller.

INDICADORES
- Número de niños participantes/total de niños del centro X100 (>ó= 80%)
- Encuestas de satisfacción y puntos de mejora a profesorado del centro escolar
- Preguntas a mano alzada al finalizar los talleres para comprobar el aprendizaje de los alumnos

DURACIÓN
Reunión y diseño de actividades: Abril – Mayo 2019
Realización de talleres: Mayo – Junio 2019 (fechas por concretar)
Evaluación y Análisis de resultados: Junio – Julio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1397

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
ABRIL ESCO MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
_ Se han realizado dos sesiones formativas en el EAP exponiendo la metodologia a seguir para cumplimentar el Plan de Intervencion del PCC
- Se han realizado dos sesiones semestrales de revision de casos de PCC con PI creado, sin participacion de personal de AC.
- Se ha definido la poblacion diana y cuantificado segun datos de dela DGAP
- Se ha sistematizado el registro del PI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador I: nºPCC con PI /nº PCC incluidos en programa
Indicador II. nº de IC a UCC resueltas virtualmente/nº IC a UCC
Fte datos: OMI, HCE, Resultados de AG
Resultados :
Indicador I ha alcanzado el standar del 70% propuesto, se ha elaborado un PI, aunque hemos observado q no todos los PI cumplian la metodologia definida. Por lo que para el proximo año definiremos un tercer indicador que mida la metodologia utilizada en el registro del PI.
Indicador II No se ha logrado alcanzar el standar fijado del 50% . Hemos valorado que al tratarse de Pacientes cronicos con seguimiento en la UCC, necesitan en la mayoria de las ocasiones derivacion presenciales del paciente a la unidad. Con lo cual modificaremos el standar a cumplir en proximos años.
El impacto del proyecto ha sido bien acogido por el EAP al tratarse de una ayuda metodologica en el registro y seguimiento de las visitas realizadas a estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Añadiremos un tercer indicador
INDICADOR III: nºPCC con PI segun metodologia definida/nº total PCC incluidos en le programa
INDICADOR II STANDAR : 30% de las IC a la UCC se resolveran de manera no presencial

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/701 ========== ***

Nº de registro: 0701

Título
ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
GRACIA MARCO MARIA, GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ, ABRIL ESCO MARIA REYES, LEGIDO CHAMARRO EVA, LARDIES BESCOS PATRICIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, SARASA AQUILUE SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cronica compleja bio-psico-social
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

PROBLEMA
Con el fin de ofrecer la maxima acccesibilidad a los pacientes y sus cuidadores al EAP, para minimizar sus descompensaciones y eventos adversos, mejorando la calidad de vida. Se pretende ofrecer una atencion individualizada, continuada y multidisciplinar al paciente cronico complejo.
Desde la implantacion de este programa estamos trabajando con la incorporacion de nuevas herramientas que debemos implementar a nuestra metodologia asistencial.
Detectamos como Pto Critico relevante la falta de sistematica e infrautilizacion del protocolo del plan de intervencion de OMI en el PCC

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO GRAL: Elaborar y actualizar el PLAN DE INTERVENCION del paciente cronico complejo
- OBJETIVOS ESPECIFICOS: establecer, consensuar y priorizar las diferentes intervenciones a seguir en el tto y seguimiento del PCC

MÉTODO
- Cada miniequipo (medic-enfer) definira la poblacion diana de PCC de su cupo, siguiendo las diferentes herramientas de captacion. Siendo este un proceso dinamico en el tiempo.
- Al finalizar la valoracion y estratificacion del PCC, se elaborara de forma conjunta y consensuada (EAP, paciente-familia, hospital, servicios sociales..) el plan de intervencion (PI)
- El PI constara de : objetivos terapeuticos, plan de cuidados, definicion de signos-sintomas de alarma de descompensacion de la enfermedad, primeras actuaciones ante los signos de alarma, recomendaciones de autocuidado, seguimientos necesarios, intervenciones sociales, aceptacion del nivel de intervencion por parte del paciente o/y su cuidador.
- Sistematizar el registro en la HCE tras cada revision clinica que suponga una modificacion del PI
- La revision del PI se realizara ante cambios en su estado de salud o en la situacion sociofamiliar o tras el alta hospitalaria.
- Se realizara dos sesiones formativas de equipo, donde se expondra la metodologia a seguir. Continuaremos con una sesion clinica mensual de revision de casos de PCC donde participe Atencion Continuada. En la reunion semanal del EAP se hara referencia a la revision de los casos PCC q asi lo requieran.

INDICADORES
INDICADOR I: nº PCC con plan de intervencion elaborado en AP/ nº PCC incluidos en programa x100
STANDAR: EL 70% de PCC tendra un PI elaborado
INDICADOR II: nº de interconsultas a la UCC resueltas no presencialmente/nºtotal de interconsultas a la UCC x100
STANDAR: El 50% IC a UCC se resolveran de manera no presencial
Fte datos:OMI, HCE

DURACIÓN
-INICIO : Abril 2019, seguimiento continuo.
CRONOGRAMA:
ABRIL realizaremos dos sesiones formativas: captacion PCC
MAYO sesion formativa I elaboracion PI
JUNIO sesion formativa II elaboracion PI
JULIO sesion clinica elaboracion- revision casos PCC con AContinuada
SEPTIEMBRE muestreo nºPCC con PI
OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE sesion clinica revision casos PCC con PI. Recoger incidencias detectadas en el proceso.
EVALUACION
- Evaluacion trimestral de nºcasos PCC con PI elaborado, mediante muestreo.Comunicacion al EAP de los resultados.
- Evaluacion a 31/12 /19 del % PCC con PI elaborado

OBSERVACIONES
Es un diseño q hemos creado para uso interno en nuestro CS segun las directrices de las lineas estrategicas del SALUD

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1451

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA REYES ABRIL ESCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES BESCOS PATRICIA
GRACIA MARCO MARIA
SARASA AQUILUE SILVIA
ROJAS VERA ADRIANA
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
LEGIDO CHAMARRO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hablado con los maestros de los colegios de Saravillo, San Juan de Plan, Plan y Gistaín, acordando que días antes hablarán sobre salud y seguridad con los niños.

Acordar con el técnico de ambulancia convencional (SVB) de la zona del valle de Chistau se a enseñarles el interior de la ambulancia y explicarles su función.
Solicitar autorización a la junta de andalucía para poder utilizar el libro " Marcela la enfermera visita la escuela"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Antes de las vacaciones de Semana Santa se ha establecido el día que se acudirá a cada colegio, cooordinando los tiempos de consultas y disponiblidad del técnico de SVB
Se ha obtenido la autorización para el uso del contenido del libro " Marcela la enfermera visita la escuela"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto tenía el claro objetivo de poder realizarse el año 2019, pero conseguir coordinar a todo el personal involucrado en la actividad ha sido complicado, por diferentes motivos (vacaciones del personal, enfermedad, guardias del técnico, traslado o fin de contrato de algunos de los participantes...) . Es por ello que, tras pasar el periodo invernal dónde las faltas de alumnos y/o profesores son más comunes (enfermedades víricas, procesos febriles...), se crea el calendario a partir de finales de Febrero-Marzo para cumplir los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1451 ========== ***

Nº de registro: 1451

Título
IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DE VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

Autores:
ABRUL ESCO MARIA REYES, LARDIES BESCOS PATRICIA, GRACIA MARCO MARIA, SARASA AQUILUE SILVIA, ROJAS VERA ADRIANA, BERNUES SANZ GUILLERMO, GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ, LEGIDO CHAMARRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1451

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

PROBLEMA
Un 80% de las PCR extrahospitalarias ocurren en presencia de testigos, en muchas ocasiones niños, siendo clave en los índices de supervivencia
el inicio precoz de estas maniobras de RCP básica .
En españa existe el Real Decreto 126 de 28/02/2014, donde se incluye en el curriculum de educación primaria la enseñanza de primeros auxilios y dentro de ella la RCP básica.
El acceso a la poblacion en nucleos rurales dónde el acceso a servicios de atención de Urgencias de soporte vital avanzado es tardío dada la dispersión geográfica de los Valles de Bielsa y Chistau, la actuación precoz es fundamental, es más cercano y sencillo desde los equipos de salud .
Si los niños aprenden e interiorizan sin temor, sin dudas y sin prejuicios las técnicas de RCP básica,incrementará las probabilidades de supervivencia de las personas que sufran una PCR presenciada por ellos.
Introducir éstas técnicas de estas enseñanzas a los niños escolarizados dentro de las actividades de Intervención Comunitaria de la Enfermera de AP
así ir logrando integrar las actividades sanitarias y docentes,potenciando la concepción de comunidad y la eficiencia dado su menor coste al ser llevado
a cabo por profesionales sanitarios en su horario laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serán los niños/as de Educación infantil y Educación primaria de 2 a 12 años
Objetivo General: Capacitar a niños de 3 a 12 años para que sean capaces de actuar eficazmente ante una Parada Cardiorespiratoria o atragantamiento y la transmisión de lo aprendido a su entorno más cercano.
Objetivos Específicos:
- En Educación Infantil y primeros ciclos de Primaria sabrán identificar una inconsciencia, pedir ayuda a un adulto y marcar el teléfono de emergencias 112. Seguir el orden ABC y masaje cardiaco de forma adecuada a su edad.
- En últimos ciclos de primaria, ESO y Bachiller identificaran
inconsciencia, alertarán correctamente al 112, si respira posición lateral de seguridad (PLS) y si no respira con normalidad iniciarán un correcto masaje cardíaco hasta signos de vida o llegada de ayuda especializada.
En caso de atragantamiento: realizaran la maniobra de HEIMLICH.

MÉTODO
ACTIVIDADES:
- Se realizará una reunión con los profesores de los colegios del Valle de Chistau para explicar el proyecto y solicitar su colaboración.
- Se establecerán los días adecuados an cada uno de ellos para impartir la formación
- Pretest y post test de 4/6 preguntas básicas para valorar los conocimientos adquiridos o reforzados en cada alumno.
- Un taller teórico -práctico de 30 minutos de duración máximo en cada colegio.

METODOLOGÍA:
1- Elaboración de la metodología para educación infantil y primer ciclo de educación primaria creado por La junta de Andalucía de un un libro titulado " Marcela la enfermera visita la escuela" utiliza un texto en forma de rima e ilustraciones aproxima a los pequeños a situaciones de peligro, enfermedad y primeros auxilios.
2. Con una sencilla canción les enseñarles cómo actuar ante una
emergencia.

INDICADORES
Debemos tener en cuenta que se trabaja con niños, lo que significa que por motivos de salud u otros no todos los inscritos estén presentes.
Indicador de Proceso: alumnos que reciben la formación
Nº de alumnos que realiza el taller/ /Total de alumnos en cada colegio x 100
Indicador de Resultado: Conocimientos básicos adquiridos en el taller
Estándar: 80 - 85%
Nº de alumnos que responden de 4-6 preguntas correctas del post-test/ /Total de alumnos por taller impartido x 100

Estándar: 80-85%

La evaluación se valorará con la encuesta de 4-6 preguntas (Según la edad de los niños/as) relacionadas con el taller.

DURACIÓN
Fecha inicio del proyecto: 26 Abril de 2019
Fecha de fin del proyecto: 15 de Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1451

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0073

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VANESSA BARRERO MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERO SANTIAGO LIDIA
NAVARRO ARIBAU MONTSE
CALDERON SANCHEZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) Periodicidad de la revisión: Se ha cumplido 100% el plazo establecido para cada revisión rutinaria.

Revisión del funcionamiento de los aparatajes: mensual.
Incluida Revisión por electromedicina, se mandó a cambiar el cargador de reserva del DESA y se repuso por uno nuevo.

Control de la temperatura de las neveras: alcanzado un 90%.

Revisión de las balas de oxigeno: alcanzado un 100%

B) Registro de la actividad: se ha realizado un nuevo anexo para anotar revisiones e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
90%. Se realizo el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la calidad y rapidez en la atención recibida por parte de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/73 ========== ***

Nº de registro: 0073

Título
ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BARRERO MUÑOZ VANESSA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, LABARTA GIL LUCIA, CALDERON SANCHEZ ROGELIO, NAVARRO ARIBAU MONTSE, CIUDAD BENITO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Garantizar la atención integral en todo momento asegurando la continuidad del proceso asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Priorizar recursos y tiempo para proporcionar una adecuada respuesta a la urgencia en cualquiera de sus niveles.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0073

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

a) Responsable de la revisión: equipo sanitario (compuesto por médico y enfermera de guardia). Se encarga de asegurar el correcto funcionamiento del procedimiento de revisión y mantenimiento del material de urgencias.

b) Periodicidad de la revisión:
Control del número de unidades y caducidades de la medicación: cada 15 días.
Mantenimiento de los carros de medicación: mensual.
Revisión del funcionamiento de los aparatajes: mensual.
Control de la temperatura de las neveras: diario.
Revisión de las balas de oxigeno: cada 15 días.

c) ¿Qué revisar?
Control de existencia.
Control de número de unidades.
Control de caducidades.
Funcionamiento de aparataje.
Control de las balas de oxigeno.

d) Registro de la actividad: la realización quedará siempre registrada, recogiendo los siguientes datos: fecha, persona y aspectos revisados.

INDICADORES
Conseguir un objetivo >80% en cada uno de los puntos.

DURACIÓN
Mantenimiento y limpieza: revisión anual y duración indefinida.
Plan de comunicación: reunión en el centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
Fecha prevista de iniciación: marzo 2019.
Responsable de implantación: el equipo de atención continuada.
Plan: el equipo de Atención Continuada se encargará que se lleve a cabo el registro de los procedimientos a seguir.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0074

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LIDIA CALDERO SANTIAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERO MUÑOZ VANESSA
NAVARRO ARIBAU MONTSE
CALDERON SANCHEZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a) Periodicidad de la revisión: Se ha realizado de forma ANUAL en el taller de referencia MASIA (localidad Mequinenza) y no ha sido necesario pasar la ITV, dado que el vehículo es nuevo.

b) Registro de la actividad: se ha realizado un nuevo anexo para anotar revisiones e incidencias.

c)Repostaje del vehículo: Se ha conseguido realizar repostaje según indicadores fijados. Se seguirá manteniendo mismo método.

d) Limpieza: en septiembre por dentro y por fuera por el responsable del vehículo y en marzo por dentro y por fuera en el taller de referencia, coincidiendo con la revisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
90%. Se realizo el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la calidad y rapidez en la atención recibida por parte de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/74 ========== ***

Nº de registro: 0074

Título
MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

Autores:
CALDERO SANTIAGO LIDIA, BARRERO MUÑOZ VANESSA, CALDERON SANCHEZ ROGELIO, LABARTA GIL LUCIA, NAVARRO ARIBAU MONTSE, CIUDAD BENITO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Garantizar una capacidad óptima de resolver los problemas de salud urgentes más prevalentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehículo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
a) Responsable de la revisión: equipo sanitario (compuesto por médico y enfermera), disponible el día que nos indiquen la revisión anual correspondiente; así como, en el momento que pueda aparecer cualquier problema y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0074

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

incidencia.

b) Periodicidad de la revisión: Se realizará de forma ANUAL en el taller de referencia MASIA (localidad Mequinenza).
Pasar ITV cuando corresponda y posible reparaciones cuando procedan con el previo consentimiento del coordinador.

c) ¿Qué revisar?
Maletín de vía circulatoria y vía respiratoria.
Maletín de vía urinaria.
Maletín de curas y suturas.
Maletín de traumatología.
Control de las balas de oxigeno.

En todos los maletines se revisará:
Control de existencia.
Control de número de unidades.
Control de caducidades.

d) Registro de la actividad: la realización quedará siempre registrada, recogiendo los siguientes datos: fecha, persona y aspectos revisados.

e) Repostaje del vehículo: se realizará cuando quede un cuarto del deposito en la gasolinera situada en la Av de Mequinenza, 22590.
Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para realizar el albarán, que se depositará en la valija de admisión.

f) Limpieza: cada 6 meses por dentro y por fuera el primer día laborable del mes.

INDICADORES
Mantenimiento y limpieza: máximo una vez al año.

DURACIÓN
Mantenimiento y limpieza: revisión anual y duración indefinida.
Plan de comunicación: reunión en el centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
Fecha prevista de iniciación: Marzo 2019.
Responsable de implantación: el Equipo de Atención Continuada.
Plan: el Equipo de Atención Continuada se encargará que se lleve a cabo el registro de los procedimientos a seguir.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACION DE ECG EN C.S.CON CONEXION A ITRANET DEL SECTOS EN HIPERTENSOS Y DIABETICOS DE LA ZONA SW SALUD DE MONZON RURAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
60% DE COBERTURA EN HTA
70% DE COBERTURA EN DIABETICOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HA FACILITADO LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS EN TENER UN REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO QUE PUEDAN CONSULTAR TODOS LOS MEDICOSI MPLICADOS EN LA ASISTENCIA .
HA QUEDADO PENDIENTE ALCANZAR UNA COBERTURA MAS ALTA,POR FALLAR LA CONEXION A INTRANET DEL ELECTROCARDIOGRAFO DESDE JULIO DE 2019.POR LO QUE SE DECIDE DAR POR CONCLUIDO EN PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1524 ========== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GEsTION EN PACIENTEs CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACIONDE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACIOND E DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL

PERSONAL DE ENFERMERIA

INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS

NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS

DURACIÓN
CONSECUCION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACIONDE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0109

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
ALASTRUE PINILLA CARMEN
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
durante el 2019 se han relaizado dos sesiones clinicas sobre MAPA dentro del equipo, una conjunta y otra solo para enfermeria. Se han realizado correctamente 32 MAPA a pacientes.
se han guardado y registrado todos los MAPA en una carpeta común. se ha diseñado un esquema para compartir correctametne el aparato con el EAP Monzon Urbano, y se han abierto las agendas correspondientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
32/52= 61% de semanas con el MAPA activo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
es dificil compartir material con otro EAP, pero con buena voluntad y correcta programacion se consigue; las nuevas tecnologias nos asustan en inicio pero luego se pueden manejar correctametne si te formas

7. OBSERVACIONES.
no

*** ========== Resumen del proyecto 2019/109 ========== ***

Nº de registro: 0109

Título
IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALASTRUE PINILLA MARIA DEL CARMEN, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se incia el uso del mapa en atención primaria en 2018

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar la utilidad de este nuevo instrumento de diagnostico

MÉTODO
consulta especifica con agenda abierta, registro en Excel de todos los casos, valoración general

INDICADORES
numero de MAPA realizados/52 semanas numero de MAPA que causan decisión terapéutica/num total de MAPA

DURACIÓN
inico en sept 2018 hasta sept 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0109

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTUEY FLETA CONCEPCION
ALLUE BLANCO MARIA
BUENO OLIVAN MILVA
GARCIA MINGUEZ MARIA
LAMARCA GAY ROCIO
LASCORZ CORTINA PILAR
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. 1. Elaboración del cuestionario con 27 preguntas tipo Liker y 2 preguntas abiertas para explorar los conocimientos sobre violencia de género (VG) y detectar conductas desiguales o violentas entre los adolescentes.
2. Realización de dicho estudio entre un total de 194 estudiantes de 2º curso de educación secundaria obligatoria en los dos centros educativos de Monzón.
3. Estudio estadístico de los datos y elaboración de resultados.
4. Devolución de resultados de forma presencial por parte de miembros del grupo de trabajo dirigido a los adolescentes participantes. Para ello se llevó a cabo la realización de un power point para poderlos presentar de forma amena y dar pie a la participación de los jóvenes y sus profesores.
5. La exposición se realizó en el mes de mayo 2019 en los correspondientes salones de actos de ambos centros educativos.
6. Presentación de los resultados obtenidos en el estudio al Equipo de Atención Primaria del centro de salud de Monzón Urbano.
7. Conmemoración del Día Internacional contra la Violencia de Género mediante la realización de carteles ubicados en la escalera del centro de salud, formando así la escalera de la violencia, el 25 de noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Se obtuvieron un total de 194 encuestas (38% en IES Domingo Savio y un 62% en IES Mor de Fuentes); 49 % mujeres y 51% hombres. Hubo una escasa participación en la parte abierta del cuestionario, alto porcentaje de ausencia de respuesta o respuestas no válidas. Sin embargo destaca una idea general de considerar el patriarcado y el machismo como causa principal de la persistencia de la violencia de género en la sociedad actual y de ver como posible solución la orientación educativa hacia la coeducación y la reforma de las leyes.
En el apartado de preguntas tipo Likert lo más destacado ha sido lo siguiente:
• Las mujeres son las más adecuadas para encargarse de la casa y los hijos: Total /bastante acuerdo en 8% chicas y casi 20% chicos.
• Que una mujer cobre menos por el mismo trabajo es adecuado: Total /bastante acuerdo en 2% chicas y casi 18% chicos.
• La relación es perfecta cuando encuentras tu media naranja: Total /bastante acuerdo en 70% chicas y casi 80% chicos.
• Los celos son una prueba de amor: Total /bastante acuerdo en 42% chicas y casi 50% chicos.
• En una relación no tiene que haber secretos; se pueden compartir las contraseñas del móvil y redes sociales: Total /bastante acuerdo en 8% chicas y casi 35% chicos.
• Que un chico sepa siempre donde está su pareja es normal; tiene que protegerla: Total /bastante acuerdo en 16% chicas y casi 27% chicos.
• En el instituto hay a menudo situaciones violentas físicas o verbales: Total /bastante acuerdo en 44% chicas y casi 53% chicos.
• Que una víctima de VG siga con el maltratador es normal; todos merecen otra oportunidad: Total /bastante acuerdo en 0% chicas y casi 8% chicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. CONCLUSIONES
Este proyecto nos ha permitido establecer un buen equipo de trabajo y conocer y construir redes entre los profesionales del centro de salud, los servicios sociales municipales, Ayuntamiento de Monzón y los centros educativos participantes. Durante el diseño del estudio hemos podido reflexionar y formarnos mejor en esta problemática.
A su vez ha servido de acercamiento a la población adolescente de nuestra zona básica y nos ha permitido apreciar su forma de pensar, intereses, realidades…así como presentarnos fuera de nuestro ámbito de trabajo habitual y ofrecer nuestro apoyo y participación en futuros proyectos.
La actividad de devolución de resultados a los participantes ha sido en sí misma una intervención en la que hemos pretendido sensibilizar a estos jóvenes en la violencia de control y determinados roles que pueden conllevar en un futuro comportamientos de violencia de género con sus parejas.

7. OBSERVACIONES. El grupo de trabajo se mantiene creado y no descartamos colaboraciones futuras. Nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

habíamos planteado ampliar la devolución de los resultados a las familias de los jóvenes participantes e incluso a la población general de Monzón ya que creemos que puede resultar interesante y puede servir como actividad para sensibilizar de dicho problema a la sociedad.

========== Proyecto correspondiente ==========

Nº de registro: 1437

Título
PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Autores:
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO
1.Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.
Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
Recogida de datos y análisis de resultados.
Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

INDICADORES
Análisis descriptivo de los resultados cunatitativos y cualitativos.

DURACIÓN
Fase de detección : 1 año
Fase de Intervención: 1 año

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROCIO LAMARCA GAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE BLANCO MARIA
ARA USIETO MARISOL
JAVIERRE MIRANDA ELENA
LOPE DALMAU ISABEL
RIVAS CALVETE MARTA
VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este tiempo hemos decidido variar ligeramente el contenido del proyecto. Lo planteamos inicialmente como un grupo de crianza y lactancia, pero dado que en el Centro de Salud de Monzón Urbano estamos trabajando en el proyecto IHAN, habiendo obtenido ya el certificado 1D, decidimos adecuar los contenidos del taller a los requisitos de la IHAN. El principal cambio consiste en los contenidos del taller, que van a ir dirigidos principalmente a la lactancia materna. También hemos variado la estructura, para adecuarla a los requisitos de IHAN.

Por ello, debido al incremento de trabajo que esto suponía, así como el cambio de personal que hemos tenido en el centro, incluidas personas implicadas en el proyecto, hemos retrasado ligeramente el calendario de actuación que nos habíamos marcado, habiendo trabajado otros aspectos que no habíamos incluido inicialmente.

- Hemos definido las sesiones tipo del taller de lactancia, basándonos en los requisitos de IHAN, en cuanto a duración, frecuencia y actividades del taller.
- Hemos preparado una hoja de inquietudes para rellenar por las familias el primer día que acudan al taller.
- Se ha preparado una hoja de registro de asistencia y de comentarios sobre la evolución del taller.
- La dinámica del taller consistirá en una presentación semanal de asistentes y una pequeña relajación y posteriormente se tratarán los posibles problemas o cuestiones relacionadas con la lactancia de manera libre con las madres, potenciando que se planteen dudas y cuestiones, tratando que haya la mayor participación y que madres más experimentadas puedan ayudar a otras madres que están iniciando la lactancia.
Los días en los que no hubiera suficiente participación, hemos preparado 12 sesiones teóricas cortas, de unos 20 minutos de duración para utilizar en esas ocasiones.
- Las sesiones teóricas preparadas abordan los principales problemas y preocupaciones que pueden plantearse durante la lactancia materna:
Importancia de la lactancia materna.
Técnica y correcto agarre.
Piel con piel. Señales de hambre. Instinto.
Crecimiento del lactante amamantado. Baches de lactancia.
Extracción del leche materna.
Conservación de leche materna.
Porteo y colecho.
Páginas web recomendadas.
Anticoncepción durante la lactancia.
Planificación de la vuelta al mundo laboral.
Suelo pélvico y espalda sana.
- Durante el mes de enero se está realizando la captación de pacientes y la publicidad del taller.
- Se van a iniciar los talleres el jueves 30 de enero, con periodicidad semanal a partir de ese momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Formación del personal y preparación de los distintos talleres
- Difusión del proyecto entre las familias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Adaptación a las nuevas circunstancias del centro, con cambios en el personal.
Adaptación al nuevo proyecto IHAN que estamos llevando en el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1443 ========== ***

Nº de registro: 1443

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Título
GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Autores:
LAMARCA GAY ROCIO, ALLUE BLANCO MARIA, ARA USIETO MARISOL, JAVIERRE MIRANDA ELENA, LOPE DALMAU ISABEL, RIVAS CALVETE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin patología, madres y padres de recién nacidos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la sociedad actual, es frecuente que los padres no tengan ninguna experiencia en el cuidado de un recién nacido o lactante pequeño, y cuando son padres por primera vez, se sienten desbordados. Durante los primeros meses tras el nacimiento de un bebé, las familias tienen numerosas dudas en relación al cuidado del bebé, su alimentación (en especial, la lactancia materna), el desarrollo psicomotor, el manejo de la patología banal... Por ello, las consultas de pediatría suelen estar saturadas de consultas de este tipo.
Un objetivo prioritario de las consultas de pediatría suele ser tratar de devolver la autonomía en el cuidado del bebé a las personas que les corresponde, es decir, a sus padres. También desde las consultas de pediatría y obstetricia promocionamos la lactancia materna, tratando de mejorar el número de mujeres que consiguen una lactancia materna exclusiva.
La educación grupal, además de solucionar este tipo de dudas y dar mayor seguridad a las familias al aumentar los conocimientos en puericultura, tiene un papel muy importante al juntar personas con la misma situación personal, lo que permite que se sientan comprendidas y que muchas veces, puedan aportar solución a las cuestiones que plantean otras personas del grupo.
En el centro de salud existe un grupo de educación maternal prenatal, de esta manera conseguiremos dar continuación al trabajo realizado por las matronas una vez que ha nacido el bebé.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que los padres ganen en seguridad y autonomía en el cuidado de sus hijos, mediante la adquisición de conocimientos y la puesta en común de soluciones a los problemas derivados de la crianza
Potenciar la auto-estima de las madres y los padres al sentirse más seguros en los cuidados.

MÉTODO
- El grupo contará con los profesionales del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Monzón, coordinados desde el equipo de pediatría.
- Se realizará en la sala que disponemos para la educación preparto.
- Formación de los profesionales en el área a tratar.
- Se ofrecerá la actividad a las familias en las visitas al equipo de pediatría. En esta primera toma de contacto, se le ofrecerá un programa con el calendario previsto de las sesiones.
- Será un grupo abierto, donde las madres y padres puedan ir viniendo según intereses y posibilidad de acudir. Se potenciará que las familias acudan con los bebés.
- Un día a la semana, se realizará el taller de educación grupal, que será dirigido por los distintos profesionales que integran la atención a la madre y al recién nacido, según el tema que se trate ese día.

INDICADORES
- Registro de familias que acuden al programa.
- Cuestionario de satisfacción al finalizar los talleres.

DURACIÓN
-Creación del grupo de trabajo en abril 2019.
-Formación de los profesionales y elaboración de las charlas/talleres en julio-agosto 2019.
Un posible calendario de sesiones (pendiente de consensuar y preparar por todo el equipo), flexible también según los intereses de los/as asistentes, sería:
Cuidados del recién nacido
Lactancia materna
Desarrollo psicomotor en el bebé y estimulación precoz
Sueño infantil
Vínculo afectivo o apego

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

```
Alimentación complementaria
Patología frecuente en pediatría: fiebre, catarros, diarrea.
Vacunación infantil.
- Elaboración de los cuestionarios en septiembre 2019


OBSERVACIONES


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

*** ================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA CAMARA ABON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL
JANER SUBIAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Mayo de 2018 se informó del proyecto arealizar al equipo de nuestro centro de salud, y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.
En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.
En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.
En marzo 2019, se realizó la encuesta alimentaria para pasar a los alumnos de 2º y 3º Primaria donde se refleja su edad, la comida y bebida que llevan al colegio como parte de su desayuno, y en qué consistía el desayuno de su casa.
Dados los cambios de personal en el centro de salud, todavía estamos pendientes de continuar en el desarrollo del proyecto.: contacto con el colegio para programar la realización de 2 talleres a lo largo de este año 2020: 1) grupos de alimentos y dieta equilibrada, y 2) preparando un desayuno saludable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nª niños de 2º primaria que acuden a la sesión en el centro de salud / número total de niños de 2º primaria (95%): acudieron el 100% de los niños a la primera sesión.
Proyecto en desarrollo, pendiente de valorar el resto de indicadores:
-Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable al inicio de los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (50%).
- Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable tras los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (70 %).
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.
Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar por los propios niños. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/552 ========== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje.
En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años).
Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios.
A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO
Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud.
Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo.
Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables.
Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES
Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.
El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN
Mayo de 2018:
Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.
Elaboración de la encuesta alimentaria.
Elaboración de panfletos/pegatinas.
Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.
Junio de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.
Reparto de panfletos/pegatinas.
Octubre de 2018:
Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.
Diciembre de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Enero de 2019:
Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.
Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo 2018
Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.
Abril 2018
Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.
A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.
Mayo 2018
Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informarles sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.
Junio 2018
Se realizo:
* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)
* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)
Junio 2018- Junio 2019
Captación de pacientes en consulta de enfermería.
Septiembre- Octubre 2018
Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías.
Previamente realizada formación especifica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.
Septiembre 2018
Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.
Octubre 2018
En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de es pirometrias.
Septiembre 2019
Se finaliza captación de paciente para realizar espirometrias.
Octubre 2019
Se realizar talleres “uso de inhaladores” tanto en cuidadores de residencia como paciente que usan inhaladores.
Enero de 2020
Se finaliza proyecto “DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR”

ANEXO 1
CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC
Encuesta anónima
Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta
Fecha: ...../...../ .....
* Sexo:
Hombre ? Mujer ?
1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escríbalos
.....
2.- ¿Lo inhala directamente?
a. Sí
b. No
3.- ¿Utiliza cámara?
a.- Sí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

b.- No
4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escríbalos en el orden en que se los administra.)
1ª:
2º:
5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?
a. Sí
b . No
6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?
a.- Si
b.- No
7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:
a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones) Sí ? No?
b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?
c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar) Sí ? No?
8. ¿Cúantos segundos considera necesario aguantar?
a. Menos de 5 ?
b. Entre 5 y 10 ?
c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?

9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?
a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?
b. Espero 30 segundos ?
c. Espero más de 30 segundos ?
10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?
a. Si ?
b. No ?
11-. Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?
a. Nunca
b. A veces:
i. Mañana ?
ii. Tarde ?
iii. Noche ?
c. Cuando estoy sin síntomas
12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?
a. Siempre ?
b. Nunca ?
c. A veces ?
13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?
a. Ulceras bucales (heridas abiertas en la boca ?
b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?
c.- Otros (especificar)
.....
Gracias por colaborar
C. S. Tamarite de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1:
Prevalencia de EPOC:

$$\frac{\text{Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC}}{\text{Población asignada entre 40-79 años}} \times 100$$

Objetivo es alcanzar el 3.5%

$$\frac{206}{4568} \times 100 = 4{,}50\%$$

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

_____ x100

Paciente que llevan tratamiento de inhaladores

Objetivo: Acuden a la educación de uso de inhaladores 30% de los pacientes

80

_____x100 = 38,83%

206

Indicador 3:
Espirometrías:

Pacientes con tratamiento con inhaladores se les realiza espirometría
_____ x100

Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

148
_____x100 = 71,84%

206

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando en marzo de 2018 elegimos este proyecto fue por que vimos que la enfermedad de EPOC estaba infradiagnosticada, para entonces empezamos a realizar espirometrias en el centro y vimos que había muchos pacientes que tendrían que estar diagnosticados y no lo estaban, por eso elegimos este proyecto. Al comienzo tuvimos algunas cosas que nos dificulto las tareas, el espirómetro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrias, también nos costo bastante tiempo repartir los pacientes y poder captarlos… Una vez solucionado esto nos pusimos manos a la obra. Ha sido un trabajo costoso y largo pero al final los indicadores han llegado a los objetivos esperados que no eran muy ambiciosos pero no teníamos claro si llegaríamos. Estamos contentos por que tenemos más pacientes diagnosticados de EPOC y a los que podemos ajustar el tratamiento a sus necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/556 ========== ***

Nº de registro: 0556

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:
CUY GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud.
El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años.
Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados.
Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se
manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

MÉTODO
? Creación de un grupo de mejora.

? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)

? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.

? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.

? Inclusión del episodio “EPOC” en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.

? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.

? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

INDICADORES
Prevalencia EPOC:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:
Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores
Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías
Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.
Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

DURACIÓN
1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.(mayo 2018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
RAMOS ESPAÑOL PILAR
CUY GODINA MARIA ANGELES
GALLEGO BARRABES SUSANA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MARZO 2018
Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018
Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.

Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
Actividades a realizar en el proyecto.
Población diana.

MAYO 2018
Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.
Realización de trípticos informativos.
Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a C. S. Tamarite.
Encuesta de hábitos higienico dietéticos para entregar al iniciar la actividad (ANEXO 1).
Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).
Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018
Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.
Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.
Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018
Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018
Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de “Pasito a Pasito”.

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018
Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online “3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios”

DICIEMBRE 2018
Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite deLitera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.
Se entrega encuesta sobre hábitos higienico dietéticos (Anexo 1)

ENERO 2019
Se observa que hay mucha demanda de la actividad. Se decide cambiar la organización:
Se decide seguir realizando la actividad lunes y miercoles 10,30-11,30h en Tamarite, pero se harán dos grupos (no por edades) sino por trayecto. Se realizan dos tipos de trayecto largo y corto.

FEBRERO 2019
Pacientes de los consultorios que pertenecen a C.S. Tamarite demandan la actividad en los pueblos. Se incorporan a la actividad Algayon (jueves de 10,45-11,45h) y Albelda (viernes de 10,45-11,45h).

JULIO 2019
Se entrega a los participantes encuesta de satisfacción (Anexo 2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

Se suspende actividad hasta Septiembre tanto por calor como por necesidades del servicio.

SEPTIEMBRE 2019
Se inicia nuevamente la actividad como dejemos en Julio.

ANEXO 1
Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar…)
1-. Si
2-. NO
-¿Crees que realizas suficiente actividad física?
1-. Si
2-. NO
¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?
1-. Si
2-. NO
¿Sigues alguna rutina?
1-. SI
2-. NO
¿Va solo a caminar?
1-. Si
2-. NO

ANEXO 2
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?
1-.SI
2-.NO
¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?
1-.SI
2-.NO
¿Le han parecido bien los horarios?
1-.SI
2-.NO
¿ Le ha parecido bien el número de participantes?
1-.SI
2-.NO
¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?
1-.SI
2-.NO
¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?
1-.SI
2-.NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se ha realizado mediante la cumplimientación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 2). Con esta encuesta hemos valorado:
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones (media)}} \times 100$$

$$\text{Indicados 1} = \frac{15}{18} \times 100 = 83{,}3\%$$

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

INDICADOR 2

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

$$\text{Indicador 2} = \frac{20}{22} \times 100 = 90{,}90\%$$

INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

$$\text{Formula del indicador} = \frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$$

$$\text{Indicador 3} = \frac{22}{22} \times 100 = 100\%$$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando pensamos en este proyecto en Marzo de 2018 teníamos nuestras dudas de que fuera a funcionar, ya que desde nuestras consultas de At. Primaria se percibía la necesidad de abordar la actividad física. Después de casi dos años con esta actividad podemos valorar que ha tenido muy buena acogida y lo más importante es que este proyecto ha evolucionado para llegar a muchas más personas de lo que nos pensábamos. Lo que empezó solo dos días por semana, ha terminado en 4 días a la semana en dos pueblos más de lo esperado, que son Albelda y Algayon.
Hemos presentado complicaciones como:
Falta de personal responsable del centro para acompañar en las caminatas.
Más participantes de lo esperado.
Pero estas complicaciones han sido fáciles de solucionar gracias al compromiso tanto de los participantes como del equipo Centro de Salud.
También comentar de forma positiva que cuando los profesionales del centro de salud no podíamos acudir a la actividad en algún momento puntual (falta de profesionales, vacaciones,..) la actividad se ha continuado realizando ya que los participantes han quedado por su cuenta.
Por la buena acogida, éxito del proyecto y por haber alcanzado los resultados esperados ya que nuestros participantes han adquirido hábitos de vida saludables, tiene el habito de realizar actividad física diarimente y han mejorado sus relaciones sociales, se finaliza el proyecto pasando a ser oferta del centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/666 ========== ***

Nº de registro: 0666

Título
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGO BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores.
Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

MÉTODO
Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizaran diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física.
Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

INDICADORES
La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

DURACIÓN
- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0183

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CUY GODINA MARIA ANGELES
DE RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO
MUNT ARDIACA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-4-11 Marzo: Reunión de los integrantes del proyecto de mejora, para unificar criterios realizando un protocolo de seguimiento personalizado para cada paciente. Elaborando una hoja de asistencia a modo de plantilla, que queda disponible para todo el personal del centro en carpeta común./ cuidados paliativos/ hoja de asistencia (ANEXO 1).

ANEXO 1
HOJA DE ASISTENCIA CP-CS TAMARITE
NOMBRE Y APELLIDOS

TELÉFONO
EDAD FILIACIÓN
*Tiempo de evolución de la enfermedad
*Síntomas / Diagnóstico

*Dolor - Localización
- Intensidad – EVA
- Frecuencia
- Irradiación
*Disnea SI / NO
*Impacto físico - Astenia
- Anorexia
- Adelgazamiento
- Caquexia

*Impacto emocional - Eutimia
- Ansiedad
- Depresión

* Disposiciones previas / DVA
*Recursos familiares y sociales

FAMILIA – CUIDADOR/A

*Información acerca de la enfermedad

*Impacto de la enfermedad

-28 Marzo: Sesión informativa a todos los componentes del equipo asistencial del centro de salud.
-ABRIL: Se inicia proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-En la evaluación inicial de las necesidades del paciente hemos detectado una mejora en la valoración global del paciente en cuidados paliativos.
-Con los datos recogidos en la hoja de asistencia hemos podido definir un plan de cuidados individualizado.
-Se realiza una revisión periódica semanal de las necesidades del paciente en cuidados paliativos.
-Aumento significativo del registro de datos iniciales en pacientes terminales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aumento de la captación y seguimiento de los pacientes en cuidados paliativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0183

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA

-Mejor registro en los episodios de pacientes terminales en OMI, mejorando la actuación de todos los profesionales del equipo.
-Apoyo a las necesidades de la familia o cuidadores, mejora de la información sobre cuidados paliativos de la enfermedad aportando una mayor tranquilidad y seguridad a la hora de aplicar las pautas a seguir.
-El proyecto es sostenible y no precisa de recursos adicionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/183 ========== ***

Nº de registro: 0183

Título
CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C.S. TAMARITE DE LITERA

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO, RIVARES BACHES JOSE MANUEL, MUNT ARDIACA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con criterios de terminalidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mejora de calidad en cuidados paliativos, requiere la atención tanto del enfermo como de sus familiares, evaluando sus necesidades y con continuidad asistencial. Con este proyecto pretendemos disponer de un punto de partida para conocer y mejorar las necesidades sanitarias y humanas de los enfermos y sus familias, así mismo, que suponga un referente para el desarrollo de la labor asistencial de los profesionales de este centro de salud. Los pacientes tendrán realizada una hoja de asistencia que quedará registrada en su historia clínica, logrando el trabajo unificado de todos los profesionales del centro. La atención se realizará en un entorno que facilite su intimidad y confidencialidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Evaluación inicial de las necesidades del paciente con cuidados paliativos
2. Revisión periodica de las necesidades, por parte del EAP
3. Definición de un plan de cuidados
4. Apoyo a las necesidades de la familia o/y cuidador

MÉTODO
1. Reunión de los integrantes del proyecto de mejora para la elaboración de una hoja de asistencia los dias 4 y 11 de marzo 2019
2. Sesión informativa a todos los componentes del equipo asistencial de C.S. de Tamarite el dia 21 de marzo de 2019
3. Se inicia proyecto de mejora a partir del dia 22 de marzo de 2019

INDICADORES
Evaluación inicial del paciente paliativo registrada mediante Hoja de asistencia CP - CS TAMARITE

DURACIÓN
Implantación del proyecto marzo 2019 - Finalización noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0183

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0706

1. TÍTULO

INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
RIVARES BACHES JOSE MANUEL
CUY GODINA MARIA ANGELES
MUNT ARCADIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Marzo del 2019 : se inician las sesiones individualizadas a los pacientes interesados, las primeras sesiones se realizan cada semana, según su evolución al transcurrir un mes(4sesiones) se alargan las sesiones a 15 días, siempre intentando ajustar según la evolución y necesidad del paciente. En cada sesión se realiza la toma de peso, talla,educación nutricional, consulta de dudas del paciente, abordaje motivacional del cambio de hábitos tanto nutricionales como en la actividad física.
En las consultas individualizadas se ofrece al paciente formar parte del proyecto que realizamos en nuestro centro "Pasito a Pasito" con el cual reforzamos los buenos hábitos.
- Mayo 2019: reunión grupo de trabajo, realizamos la encuesta para realizar la evaluación y decidimos continuar con las sesiones individuales. Se decide realizar solamente una sesión conjunta por la dificultad y poca disponibilidad de los pacientes. Tampoco pudimos realizar los 2 grupos acordados a la hora de plantear el calendario previsto ya que el número de pacientes ha oscilado desde el inicio.
- Octubre 2019: Se realiza sesión conjunta asistiendo el 79% de los pacientes que forman parte del proyecto.
- Diciembre 2019: reunión de equipo para realizar la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado muy positivo para el C.S. Tamarite ya que este proyecto unido al de "pasito pasito" nos ayuda a ofertar al paciente un cuidado más completo.
Según nuestras encuestas el grado de satisfacción es >95%
El 35% de los pacientes abandonaron el seguimiento entre la segunda y cuarta sesión por lo que no llegaron al estandar de 4sesiones establecidas.
Un 64,8% de los pacientes aumentaron su conocimiento sobre un estilo de vida saludable, manejo de su peso, conocimientos sobre la dieta que debe realizar según su patología, la importancia del ejercicio físico y la importancia de las relaciones sociales para tener una salud física y mental.
El 47% realizan cambios en sus hábitos alimentarios bajando su IMC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando nuestro trabajo depende de la actitud y compromiso del paciente a veces nos damos cuenta de la dificultad que esto supone, al inicio pensamos que nos sería más fácil captar a pacientes dispuestos a realizar el cambio de hábitos pero luego no fué así. Estamos contentos con los resultados y al realizar el proyecto junto al de "Pasito a Pasito" hemos transmitido a la población coordinación y buena praxis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/706 ========== ***

Nº de registro: 0706

Título
INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CETRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO!!

Autores:
BETRIAN HERRERA PATRICIA, RAMOS ESPAÑOL JUDITH, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, RIVARES BACHES JOSE MANUEL, CUY GODINA MARIA ANGELES, MUNT ARCADIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0706

1. TÍTULO

INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La promoción de la salud es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y de las comunidades e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos, por ello es una buena arma para modificar hábitos y concienciar a la comunidad de la importancia de la salud.
Debido a las nuevas dinámicas familiares tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos se han modificado los patrones de consumo originando con ello el aumento de la obesidad, por ello es necesario la adopción de hábitos alimentarios saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar conciencia entre los participantes de la importancia de los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades crónicas.
- Conseguir que los pacientes sepan identificar y adoptar la dieta mediterránea.
- Favorecer la relación entre participantes para aumentar así su estado de ánimo y mantener una buena actitud frente al cambio de hábitos.
- Conseguir un IMC adecuado.

MÉTODO
- Captación de usuarios mediante la consulta de atención primaria.
- Unificar criterios con los diferentes profesionales y crear un protocolo de actuación.
- Sesiones individuales con los usuarios interesados.
- Sesiones grupales para poner en común dudas y estrategias ayudando así a todos los componentes del grupo.

INDICADORES
Porcentaje participantes con un alto grado de satisfacción. Estándar a alcanzar >85%
Número de sesiones formativas a lo largo del 2019. Estándar >4sesiones.
Número de pacientes que han introducido cambios en sus hábitos alimentarios/ número de pacientes captados. Estándar >75%.
Conseguir que bajen el peso corporal al menos el 10% de los pacientes que han realizado cambios en sus hábitos alimentarios.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: abril 2019
Abril 2019 inicio de captación de pacientes interesados.
Finales de abril 2019 reunión del grupo de trabajo para realizar el protocolo de actuación.
Mayo/Junio 2019 inicio primer grupo.
Julio 2019 valoración y mejoras
Septiembre/ Octubre inicio segundo grupo
Noviembre 2019 valoración
Fin del proyecto: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

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

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración. Estas citas s

En esta 1º cita se realizó por la Enfermera de Pediatría en octubre - noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual para la administración de dicha vacuna. Se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en el programa OMI-AP. Dado que se disponía de pocos ejemplares del documento en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.

Además, en esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos:
El plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control.
El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis.

En la 2º visita programada con Pediatría durante los meses de junio-julio, se realiza un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del Control del Asma en niños (CAN). Se valora así el impacto del asma durante la temporada otoño-invierno: ingresos, número de crisis, necesidad de tratamiento intercrisis, visitas a urgencias, clñinica intercrisis, adaptación al deporte... Se completa el Plan de seguimiento de Asma en OMI-AP. Además, se realiza unto a la familia un repaso individualizado de los planes de tratamiento (plan de seguimientoy plan de actuación ante una crisis asmática) y de las técnicas correctas de inhalación, corrigiendo posibles errores en los casos necesarios o modificando el tratamiento si la evolución lo requiere. Se realiza educación sanitaria acerca de los desencadenantes, se refuerza la adherencia al tratamiento y solución de posibles dudas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Prevalencia de niños asmáticos (5%): 45/1623 = 2,77 %.
- N° niños asmáticos vacunados de gripe / N° niños asmáticos en total (80%): 31/45 = 68,9%. Las causas en los niños que NO recibieron la vacunación de la gripe fueron las siguientes: 8 por decisión familiar, 3 niños mayores de 14 años ya no controlados desde Pediatría, en 3 casos no se consiguió contactar con la familia vía telefónica y 1 niño no acudió a la citación (15 casos en total).
- N° niños asmáticos vacunados de gripe / N° niños asmáticos convocados* (80%): 25 / 45 = 80,65%.
- Nº niños asmáticos a los que se les ha realizado el “Cuestionario CAN”/ N° niños asmáticos convocados* (80%): 28 / 31 = 90,3 %.
- Nº niños con puntuación CAN > 8 (mal control) / Nº niños asmáticos a los que se les ha realizado el “Cuestionario CAN” (<15%): 2/28 = 7,1 %.
- Nº niños o familiares que acuden a las 2 visitas / nº total de niños asmáticos convocados: 12 / 31 = 38,7%. Nº niños o familiares que acuden sólo a 1 visita / nº total de niños asmáticos convocados: 15 / 31 = 48,4%.
* El denominador “nº niños asmáticos convocados”, sólo contamos aquellos niños asmáticos que podemos completar el seguimiento desde nuestras consultas pediátricas, eliminando aquellos (14 en total) que siguen visitas en médicos privados (4/45), los mayores de 14 años ya controlados por sus médicos de cabecera (6/45) o aquellos que no localizamos por vía telefónica (4/45).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: Aunque hemos mejorado la prevalencia de niños asmáticos desde el inicio del estudio (2,1% a 2,77%), seguimos sin conseguir la prevalencia esperada (5-10% según bibliografía). Debemos continuar trabajando en mejorar el registro diagnóstico de „Asma“ en OMI-AP y modificar diagnósticos como „hiperreactividad bronquial“ o „bronquitis de repetición“.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, hemos conseguido un mínimo de 1-2 visitas anuales. En ellas, se han resuelto dudas de tratamiento, se han corregido técnicas en la administración de los fármacos con cámara y modificado pautas de tratamiento según la evolución.
- Mejoría en la educación asmática al niño y familia: reconocer los primeros síntomas ante una crisis

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

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

asmática, aplicar el correcto tratamiento agudo en crisis y crónico en el seguimiento del asma, conocer los desencadenantes.
- Mejoría en la atención a la familia del niño asmático al portar consigo a las visitas el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón y la cámara de inhalación propia.
- Existe un buen control del asma en nuestra población según el cuestionario CAN. Consideramos esto un motivo por el cual la familia puede restar importancia a la vacunación y al seguimiento con 2 visitas anuales (menos de la mitad de los pacientes han completado las 2 visitas).
- Se ha conseguido un buen porcentaje de vacunación en los niños asmáticos en seguimiento pediátrico desde nuestro centro de salud (80,65 %). Debemos seguir trabajando con la población para que se conciencien de la importancia del seguimiento y de la vacunación antigripal para los niños asmáticos, puesto que hemos visto que los no vacunados son: 1) los niños con mejor control y que menos visitas al centro de salud tienen, y 2) aquellos que pasan a adultos donde no hay revisiones de salud para poder recordar la vacunación.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1271

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.
En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

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

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

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

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

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

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

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

INDICADORES
- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- Nºniños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del Grupo de vías respiratorias de Aragón/Nºniños asmáticos totales (80%)
- Nºniños o familiares que acuden a las 2 visitas/nºtotal de niños asmáticos convocados (70%)

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0722

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLO BRUNO MARTA CASANOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS MARIA PILAR
CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
ALCINA BERTOMEU ROBERTO
CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR
MARTIN HERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Notificacion en el comite de tumores digestivos a los facultativos del areas de digestivo, acerca de la implantacion del sistema y por ende la necesidad de que identifiquen correctamente en las muestras procedentes de estomago.
- Cribado de las muestras endoscopicas al momento de su recepcion y registro, separando las que corresponden a mucosa gastrica y marcando las palabras claves que hacen referencia al estomago, con rotulador fosforecente, a nivel del informe clinico endoscopico o en la hoja de peticiion de estudio anatomopatologico.
- Confeccion de un grupo de tecnica inmunohistoquimicas (warthin starry y azul alcian-pas) en el programa de gestion anatomopatologica usado en nuestrao departamento (Patwin).
- Aplicacion del grupo de tecnicas inmunohistoquimicas creado durante el proceso de tallado de las biopsias endoscopicas procedentes de mucosa gastrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha logrado optimizar el tiempo de respuesta para los estudios de biopsias endoscopicas de origen gastrico en 1 dia. Esto debido a que las muestras ya llegan a la mesa del patologo con las tecnicas pertinentes ya realizadas y el diagnostico se realiza en su momento.
- Se ha incrementado la seguridad en el manejo de muestras endoscopicas procedentes de mucosa gastrica, esto debido al control y seguimiento que se hace de las mismas desde el mismo momento en que son recibidas en nuestro servicio y garantizando la realizacion de su estudio minucioso y preciso.
- Se ha estandarizado el procedimiento de inclusion macroscopica de las muestras endoscopicas procedentes de mucosa gastrica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Somos capaces de mejorar nuestras dinamicas de trabajo en el servicio de Anatomia Patologica.
- Hemos mejorado los tiempo de respuesta y somos mas eficientes en el manejo de las biopsias endoscopicas de mucosa gastrica.
- Garantizamos que el estudio anatomopatologico de las biopsias gastricas se realice en las mejores condiciones, incrementamos la seguridad en las muestras y asumimos el compromiso de mejorar de cara al paciente.
- Queremos extender este sistema a otro tipo de muestras, como por ejemplo colon o duodeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/722 ========== ***

Nº de registro: 0722

Título
ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE MUCOSA GASTRICA

Autores:
MARTA CARLO BRUNO, GABARRE ORUS MARIA PILAR, CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, ALCINA BERTOMEU ROBERTO, CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR, MARTIN HERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0722

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La biopsia endoscópica es el método por excelencia para el diagnóstico de patología gástrica inflamatoria-infecciosa, incluido los distintos tipos de cáncer que afectan el estómago. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes y permiten establecer un diagnóstico, el cual va a condicionar la actitud terapéutica posterior.
La necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible una vez realizado el diagnostico, esto último más importante en caso de tratarse de patología neoplásica, unido a la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de la biopsia, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe anatomopatológico.
Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de Anatomía Patológica implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminución de los tiempos, control en el proceso pre-analítico y mejora en la eficiencia del diagnóstico de la biopsia endoscópica gástrica.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Implementación de pautas/protocolos de trabajo bien definidos y a su vez conocidos por todos los implicados, así como desarrollar mecanismos de previsión ante posibles incidencias.

MÉTODO
1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos y técnicos) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal implicado de las decisiones acordadas.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

INDICADORES
Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema de información de laboratorio actualmente en uso (Patwin).
Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro, fecha de macroscópica, fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos, fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas y fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones pueden ser monitorizadas mediante el mecanismo de trazabilidad interno en conjunto con el sistema de información de laboratorio (LIS) Patwin.

DURACIÓN
1. Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
2. Fecha prevista de finalización: 1 de octubre de 2019.
3. Cronograma:
a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra, tallaje, inclusión en parafina, corte, tinción, entrega de cristales al patólogo, valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias, realización de técnicas complementarias, entrega de las mismas al patólogo, realización del diagnóstico, emisión del informe).
b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0722

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0726

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGELA CONTRERAS VAZQUEZ
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS MARIA PILAR
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR
VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Notificación al comité de tumores de pulmón, acerca de la puesta en marcha del proyecto y de la necesidad de que se identifiquen las muestras sospechosas de patología ontológica pulmonar para poder discriminarlas del común de las muestras.
- Protocolizar la selección de muestras identificadas como sospechosas de neoplasia al ser recibidas en nuestro servicio y durante el registro de las mismas en el sistema informático.
- Diseño un protocolo de técnicas de inmunohistoquimica, que abarquen la mayor parte de neoplasias pulmonares, para su inclusión en el sistema informático de gestión del laboratorio y uso sistemático.
- Estandarizar la inclusión macroscopica a la brevedad posible y solicitud in situ de técnicas de inmunohistoquimica protocolizadas al momento del tallado macroscopico.
- Priorizar la confección de bloques de parafina, realización de cortes histologicos, tincion con hematoxilina eosina y técnicas de inmunohistoquimica a primera hora del día siguiente a su inclusión macroscopica.
- Entrega del caso clínico al día siguiente de su registro con cortes seriados de hematoxilina eosina y técnicas de inmunohistoquimica para su diagnostico a la brevedad posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos logrado ganar 1,5 días en nuestra dinámica de trabajo, comparando los tiempos de laboratorio con respecto al sistema previo de trabajo.
- Se garantiza la trazabilidad y prioridad de las muestras sospechosas de patología oncologica de pulmón.
- Hemos abierto la ventana a poder realizar un diagnostico preliminar, previo al estudio de inmunohistoquimica, debido a que la técnica de hematoxilina eosina esta lista al día siguiente de su recepción.
- Mediante el programa de gestión del laboratorio (Patwin) y el sistema de trazabilidad (Dakolink) logramos tener control de donde se encuentra cada biopsia y el tiempo transcurrido desde su recepción y cuando estará lista para su diagnostico.
- Control de los tiempos de procesamiento en los distintos departamentos del laboratorio, permitiéndonos detectar fallos o aplicar ajustes pertinentes en caso de ocurrir algún retraso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha mejorado la mecánica de trabajo del laboratorio.
- Hemos logrado implicar al personal en la importancia de nuestro trabajo y los resultados que se generan de la correcta y pronta realización del mismo.
- Trabajamos mejor en equipo y tenemos mejor dinámica para lograr todos juntos el objetivo que nos trazamos.
- Nos gustaría aplicar esta dinámica de trabajo a todos los estudios con sospecha de neoplasia que se reciban en el laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/726 ========== ***

Nº de registro: 0726

Título
MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

Autores:
CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA, GABARRE ORUS MARIA PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR, VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0726

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La biopsia bronquial es el método por excelencia para el diagnóstico de las neoplasias pulmonares. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y tolerado por las pacientes, que permitirán establecer un diagnóstico el cual va a condicionar la conducta terapéutica posterior.
La necesidad de iniciar el ttº quirúrgico u oncológico lo antes posible una vez realizado el diagnóstico, obliga a tratar estas muestras de modo preferente. Es necesario un protocolo de manejo consensuado entre el patólogo y los técnicos de anatomía patológica.
Por esta razón los técnicos la registran preferente, realizan el estudio macroscópico. En esta fase es necesaria la inclusión de los distintos fragmentos en bloques independientes, para rentabilizar el material existente de cara a futuras solicitudes de estudios moleculares.
De manera rutinaria se realizan cortes sin teñir o se puede solicitar directamente en casos seleccionados las técnicas inmunohistoquimicas pertinentes. En el resto de casos se decide ya directamente una vez evaluada la tinción de Hematoxilina-Eosina (HE), con la ventaja de que ya no es necesario el nuevo desbastado del bloque para la obtención de los cristales.
Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de A.Pat. implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.
Esto con la finalidad de mitigar la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de una biopsia de dichas características, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe de A.Pat.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminución de los tiempos, control en el proceso pre-analítico y mejora en la eficiencia del diagnóstico de la biopsia bronquial sospechosa de neoplasia.
- Gestionar las muestras remitidas para poder disponer de material biológico en caso de ser solicitado la realización de estudios moleculares.
- Realización de estudios inmunohistoquimicos ya sea desde la inclusión de la pieza, o una vez revisada la HE por el patólogo.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Implementación de pautas/protocolos de trabajo bien definidos y a su vez conocidos por todos los implicados, así como desarrollar mecanismos de previsión ante posibles incidencias.

MÉTODO
1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos, técnicos, administrativos, licenciados en enfermería, etc) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal de salud implicado de las decisiones acordadas. Así como a los distintos comités médicos implicados en el diagnóstico de esta patología.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

INDICADORES
Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema de información de laboratorio actualmente en uso (Patwin).
Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro, fecha de macroscópica, fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos, fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas y fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones pueden ser monitorizadas mediante el mecanismo de trazabilidad interno en conjunto con el sistema de información de laboratorio (LIS) Patwin.
Encuesta a los servicios receptores de resultados de estudios acerca de la satisfacción con los tiempos de respuesta.

DURACIÓN
1. Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
2. Fecha prevista de finalización: 1 de octubre de 2019.
3. Cronograma:
a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra, tallaje, inclusión en parafina, corte, tinción, entrega de cristales al patólogo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0726

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias, realización de técnicas complementarias, entrega de las mismas al patólogo, realización del diagnóstico, emisión del informe).
b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.
e) Encuesta de satisfacción a los servicios implicados en los resultados de los estudios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1184

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICO A LOS CENTRO DE REFERENCIA PARA ESTUDIO MOLECULARES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT VALLE LARREGOLA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONCINS TORRES ROSA MARIA
MARTIN HERRERO JAVIER
ALCINA BERTOMEU ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP's y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Identificación de los servicios hospitalarios demandantes:
- Oncología
- Unidad de mama
- Digestivo
- Neumologia
2- Se ha establecido el tipo de estudio M (molecular) con su respectiva etiqueta, así como el volcado de los resultados a historia clínica.
3- Se ha elaborado una hoja de cálculo informática con un diagrama de flujo, para el control de demora y devolución de los mismos.
Pruebas solicitadas:
- Prueba ALK, PDL1, EGFR: 34 casos con un tiempo de demora (8-20 días).
- Prueba BRAF, KRAS, NRAS: 21 casos con un tiempo de demora (7-21 días)
- Prueba CISH o FISH: 25 casos con un tiempo de demora (15-39 días)
- Prueba ONCOTYPE: 12 casos con un tiempo de demora(10-27 días)
- Pruebas varios: 14 casos con un tiempo demora (5-26 días)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Control en cada momento de los estudios pendiente, recibidos y demora de repuesta.
Damos el proyecto por finalizado por alcanzarse todos los objetivos planteados al inicio

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1184 ========== ***

Nº de registro: 1184

Título
GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICIO A CENTROS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS MOLECULARES

Autores:
VALLE LARREGOLA MONTSERRAT, ONCINS TORRES ROSA MARIA, MARTIN HERRERO JAVIER, ALCINA BERTOMEU ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1184

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICO A LOS CENTRO DE REFERENCIA PARA ESTUDIO MOLECULARES

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La creciente necesidad de realizar estudios moleculares que permitan establecer diagnósticos o tratamientos adecuados para cada paciente, ha conllevado un incremento en el número de muestras biológicas anatomopatológicas (bloques de tejido parafinado y secciones tisulares en portaobjetos) que salen de nuestro servicio hacia centros de referencia o laboratorios externos específicos (Hospital San Jorge de Huesca, Hospital Miguel Servet, Clínico Universitario Lozano Blesa, Estudio del ONCOTYPE, etc.) en los que se llevan a cabo dichos estudios.
En otros casos se pide una segunda opinión/interconsulta o implica una cesión del material a petición del paciente o del medico tratante.
El Servicio tiene el deber de custodiar las muestras de los pacientes y a la vez garantizar el acceso a estos estudios. En muchas ocasiones, ese material no se devuelve a nuestro servicio y, lo que es aún peor, no recibimos los resultados de esos estudios cuando es otro servicio el que gestiona la salida de ese material.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP's y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

MÉTODO
Identificación de los servicios hospitalarios demandantes de estudios moleculares
Establecer una letra específica para el fichado de estudios moleculares o de consulta, en nuestro caso nos hemos decidido por la letra M. A su vez, se relaciona dicho estudio M al de la biopsia/citología primaria.
Creación de la etiqueta para salida de bloque y para entrada.
Elaboración de una hoja de cálculo informática que registre los estudios a realizar fuera de nuestro Hospital.
Elaboración de un diagrama de flujo de fácil interpretación
Participación activa de facultativos, Técnicos de anatomía patológica y citología (TEAPyC), licenciados en enfermería y administrativos del servicio.
Volcado de los resultados remitidos al fichero de estudios moleculares, para que a su vez se vean reflejados en la historia clínica.
Reclamación de bloques que sean devueltos después de un periodo de tiempo definido.

INDICADORES
Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio.
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material.
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia.
Registro de reclamaciones.

DURACIÓN
Hoja de Cálculo que registra la salida del material desde el primer día de implantación.
Diagrama de flujo disponible en un plazo de 3 meses desde la aprobación del Proyecto.
Recogida y análisis de los indicadores a los seis meses.
Emisión de informe de resultados al año de la aprobación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1197

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ALCINA BERTOMEU
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVIERA GABARRE CARMEN
GABARRE ORUS MARIA PILAR
TORREGORSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR
CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA
MARTIN HERRERO JAVIER
VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se procedio a informar a los facultativos que forman parte del comite de tumores de digestivo, acerca de la puesta en practica del proyecto y de la imperiosa necesidad de que identifiquen las muestras sospechosas de neoplasia colonica que se remiten al servicio para estudio anatomopatologico.
- Durante el proceso de registro de las muestras, se procede a identificar con rotulador fosforescente las peticiones de estudio de muestras sospechosas de mucosa colonica y se separan del bloque de peticiones generales.
- Una vez separados las peticiones, se procede a seleccionar los botes de las muestras correspondientes y se colocan es un espacio correctamente identificado para estudio preferente/expedito.
- Se realiza su inclusion para procesado, una vez cumplidos los tiempos de fijacion, a la mayor brevedad posible y marcando en el programa de trazabilidad la casilla de biopsia preferente.
- Mediante el programa de gestion de trazabiliadad se imprime una lista de trabajo de estudios preferentes previo al procesado de la muestra (confeccion del bloque de parafina, corte en microtomo, tincion y estudios inmunohistoquimicos protoclizados). Esto con la finalidad de a primera hora de la mañana, ubicar las muestras y agilizar su procesado para disminuir los tiempos del mismo.
- Una vez realizado el procesado expedito de las biopsias, se procede a entregarlas al patologo para su valoracion. Este una vez emitido el informe, procede a entregar una copia del mismo al encargado del comite de tumores de digestivo, para que se realice la difusion del mismo en el comite de tumores en la sesion mas pronta disponible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha mejorado la trazabilidad y los tiempos de respuestas en la biopsias con sospecha de neoplasia colonica.
- Hemos disminuido los tiempos de respuesta en 1,5 dias, con respecto a datos previos. Se ha logrado agilizar la inclusion mas pronta de las biopsias, a su vez hemos mejorado los tiempos de repsuesta para estudios que requieran tecnicas de inmunohistoquimica. Esto debido a que se identifican las muestras al momento de su registro y el patologo puede segun la sospecha solicitar directamente las tecnicas y ganar tiempo.
- Se ha logrado garantizar la difusion en el comite de tumores de digestivo, de los estudio de neoplasia colonica. Actualmente los pacientes que se incorporan desde el servicio de anatomia patologica ya llevan su resultado implicito y permite que el comite sea mas fluido y eficiente al momento de discutir casos/pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Hemos sido capaces de mejorar el servicio que prestamos a los pacientes con sospecha de patologia oncologica.
- Se ha mejorado los tiempos de respuesta para el procesado de biospias.
- Hemos aprendido a ser mas eficientes y trabajar en equipo.
- Se ha mejorado la integracion de los distintos departamentos del laboratorio, basicamente "ahora remamos todos juntos hacia una misma meta".
- Logramos sacar un mayor provecho al sistema de trazabilidad instaldo en nuestro servicio, debido a que ahora nos aporta informacion mas eficiente y que nos permite mejorar nuestros tiempos de respuesta.
- El comite de tumores de digestivo cuenta con un servicio de anatomia patologica que le otorga respuestas en tiempos idoneos y nos permite contar con su confianza en lo que hacemos.
- Queremos ampliar esta experiencia a otro tipo de biopsias con sospecha de neoplasia, como por ejemplo ginecologicas, ORL o Urologicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1197 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1197

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

Nº de registro: 1197

Título
REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

Autores:
ALCINA BERTOMEU ROBERTO, CLAVERIA GABARRE CARMEN, GABARRE ORUS MARIA PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR, CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA, MARTIN HERRERO JAVIER, VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El diagnóstico de biopsias sospechosas de NC debe ser realizado en breve, con la finalidad de que estén a disposición del comité multidisciplinar de patología digestiva encargado de su ttº y a la vez de cara al paciente que espera dichos resultados.
Estas muestras actualmente siguen la vía normal de procesamiento junto con las otras biopsias realizadas por otras etiologías. Es a nivel clínico donde se debe definir la prioridad del estudio y se agilice su diagnóstico, aunado a esto muchas veces las biopsias precisan de estudio inmunohistoquimico, tema que puede alargar los tiempos de diagnóstico. En las hojas de solicitud de estudio anatomopatológico suelen colocar la palabra preferente ocasionalmente, si no es así, en recepción de muestras no se detectan y pasan desapercibidas en el tallaje, inclusión, corte y tinción, hasta que llegan a los despachos donde están entremezcladas con el resto de biopsias.
Si pudiésemos diseñar un protocolo de identificación para que estas muestras, desde que se toman vía endoscópica, incluyesen un sistema de señalización en la hoja de solicitud que una vez identificada como sospechosa de neoplasia pueda ser trasladado a los bloques (por ejemplo bloques de un color distinto) y así dar una vía expedita durante todo el proceso (tallaje, corte, tinción hasta la entrega en los despachos de los patólogos) y de esta manera acortar los tiempos con respecto a otras biopsias.
Una vez realizado el diagnostico neoplásico se facilita dicha información al responsable de su inclusión en el comité de tumores para su pronta discusión en el mismo. El mejorar estos pasos implicaría una toma de decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:
- Estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.) para determinar el estadio.
- Valoración anestésica.
- Programación de cirugía
- Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología.
- Una nueva biopsia en caso de que la muestra no sea representativa.
De esta forma aseguraríamos un diagnóstico precoz, manejo del paciente y ttº inmediato mucho más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo de procesamiento hasta el diagnóstico definitivo de las biopsias NC.
- Facilitar la discusión de los estudios en el comité de tumores de digestivo de forma mas expedita, para disminuir el retraso en la valoración multidisciplinaria.

MÉTODO
- Informar y coordinar con el Sº Digestivo, específicamente con el personal que realiza las biopsias endoscópicas de colon, para la señalización de todas las muestras sospechosas de malignidad.
- Explicar y formar al técnico de recepción que tiene que detectar las muestras señalizadas.
- Informar a los patólogos de digestivo que se tienen que tallar las muestras señalizadas de forma preferente.
- Indicar a los técnicos que repartan las preparaciones y que se entreguen de forma inmediata tras la tinción y valoración.
- Reunir a los técnicos que se encargan del procesamiento, explicar que el bloque señalizado tiene que ser procesado de forma prioritaria.
- Aclarar y dar a conocer a los patólogos de la sección de digestivo la importancia de diagnosticar las biopsias lo antes posible e incluirlas de forma inmediata vía informática en el comité de tumores de digestivo.

INDICADORES

- Tiempo promedio de diagnóstico de biopsias de NC/Total de biopsias de NC diagnosticadas=Tiempo promedio por biopsia neoplasica diagnosticada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1197

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

-Tº promedio de discusion de pacientes con diagnósticos NC/Total de pacientes con diagnósticos NC discutidos en el comité de tumores de digestivo = Tº promedio por paciente discutido en el comité de tumores de digestivo
Obtención de datos
Para saber los tºs a estudiar contamos con la información:
- En la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico figura la fecha de registro.
- En el programa informático de A.Pat. (PAT-Win) se puede ver la fecha en que se realiza el diagnóstico definitivo.
- En las actas del programa del comité de tumores de digestivo también figura la fecha de apertura e inclusión del paciente.
- Estadística del comité de tumores de digestivo.

DURACIÓN
-El proyecto tendrá una duración mínima de siete meses, de los cuales el último mes se dispondrá exclusivamente para la obtención de datos y conclusiones.
- Fecha de inicio: 01/05/2019
- Fecha de finalización: 01/12/2019
- Previamente durante el mes de abril nos pondremos en contacto con el servicio de digestivo, de forma específica con el personal que realiza las endoscopías de colon, para solicitar la señalización de forma escrita “SOSPECHA DE NEOPLASIA” con letra clara y en mayúsculas, de muestras sospechosas de malignidad, en el anverso superior de la hoja de solicitud de estudio Anatomopatológico.
- Se organizará una reunión con los técnicos de anatomía patológica, licenciados en enfermería y personal administrativo implicados en todo el proceso, para informar y explicar el método de identificación y priorización de las muestras señalizadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0369

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
LATRE SASO CRISTINA
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
CARRASQUER PUYAL AURORA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Diseño de la “Hoja de CPPD” para registro y recogida de casos de cefalea post punción dural producida en pacientes a las que se ha realizado una técnica epidural para trabajo de parto
-Seguimiento diario de las pacientes y recogida de datos acerca del tratamiento que se ha aplicado así como complicaciones que se han podido presentar
-Archivo y estudio de los datos recogidos mediante las “Hojas de CPPD”
-Creación de un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente para unificar el tratamiento prescrito

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han registrado un total de tres pacientes que han presentado clínica de cefalea compatible con cefalea post punción dural.
Las tres pacientes presentaron clínica de cefalea tras la realización de una técnica anestésica epidural para trabajo de parto. En una de ellas la punción dural fue advertida, y en las otras dos se trató de una punción dural inadvertida.

Se han recogido los siguientes datos en la Hoja de CPPD de forma diaria durante el ingreso hospitalario de las pacientes:
-Datos identificativos de la paciente
-Fecha de realización de la técnica anestésica epidural
-Inicio de la sintomatología y duración en días de la misma
-Medición del dolor mediante la escala EVA en decúbito supino y en sedestación
-Sintomatología acompañante: fotofobia, tinnitus, náuseas, vómitos, rigidez nucal o focalidad neurológica
-Registro de aparición de complicaciones así como necesidad de pruebas complementarias (TAC o RMN)
-Tratamiento analgésico establecido así como registro de la necesidad de analgesia de rescate, y técnicas invasivas en caso de que precisara (parche hemático)
-Registro del inicio de la deambulación
-Necesidad de técnicas invasivas (parche hemático)

En las tres pacientes el inicio de la cefalea se produjo en las primeras 24 horas tras la realización de la técnica anestésica epidural. En la paciente con punción dural advertida, se inició durante el mismo proceso expulsivo del parto.
La duración de la cefalea fue de 5 a 7 días, motivo por el cual se alargó su estancia hospitalaria.
El EVA registrado en las tres pacientes durante el primer día fue de 4-6 en decúbito supino y de 7-9 adoptando posición de sedestación o bipedestación. El EVA fue disminuyendo de forma progresiva salvo en una de las pacientes que no presentó mejoría hasta una vez realizado un parche hemático. La clínica predominante asociada fue fotofobia y rigidez nucal pero sin focalidad neurológica acompañante.
En una de las pacientes se realizó como prueba complementaria una RMN cerebral para descartar complicaciones mayores debido a la falta de mejoría de la cefalea tras 3 días de tratamiento analgésico y corticoideo establecido, motivo por el que como ya se ha comentado previamente, se realizó un parche hemático como medida terapéutica final.
Todas las pacientes fueron dadas de alta a domicilio con un EVA de 1-2 tras haber iniciado la deambulación y sin haber sufrido complicaciones.

Así mismo se ha elaborado un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente existente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La CPPD es una complicación derivada de las técnicas neuroaxiales, cuya incidencia y gravedad de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0369

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

sintomatología aumenta en las pacientes obstétricas, llegando a ser invalidante y prolongando el periodo de ingreso hospitalario. Por este motivo se ha realizado un seguimiento diario de las pacientes con sospecha de CPPD, estableciendo un tratamiento analgésico adecuado.
Creemos necesario continuar registrando este tipo de complicación para ofrecer un adecuado control del dolor y evaluar la aplicación del nuevo protocolo establecido por el Servicio de Anestesiología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/369 ========== ***

Nº de registro: 0369

Título
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

Autores:
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, LATRE SASO CRISTINA, ABAD SAND MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, BOLEA TOLOSANA SIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que presenten CPPD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cefalea postpunción dural (CPPD) es un cuadro clínico que se presenta tras la punción de la duramadre al realizar una técnica anestésica neuroaxial (intradural o epidural), siendo a su vez la complicación más frecuente asociada a la colocación de un catéter epidural.
En la mayoría de los casos se trata de una cefalea de carácter benigno y autolimitada, pero en ocasiones puede ser incapacitante y asociarse a complicaciones graves, por lo que es de vital importancia un temprano y correcto diagnóstico así como un tratamiento de la misma en el caso de que exista la sospecha clínica.
Se propone la realización de este proyecto para evaluar y registrar la incidencia que existe en nuestro centro de CPPD, realizar un seguimiento de los pacientes afectos y crear un protocolo de prevención y tratamiento de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
-Identificar y registrar el número de casos de CPPD que se producen en nuestro centro
-Identificar la técnica relacionada (intradural o epidural, sobre todo en Obstetricia)
-Realizar un control y seguimiento exhaustivo de los pacientes afectos mediante la recogida de datos a través de la “Hoja de CPPD”
-Estandarizar y protocolizar el tratamiento profiláctico, el tratamiento analgésico conservador y la terapia intervencionista en el caso de que fuera necesaria
-Comparar los datos obtenidos con la casuística habitual

MÉTODO
-Diseño de la “Hoja de CPPD” para iniciar la recogida de datos
-Estandarización y creación de un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente para unificar el tratamiento prescrito
-Control diario de los síntomas así como signos de alarma y cambios en la medicación establecida o medidas terapéuticas adicionales como el parche hemático
-Archivo y estudio de los datos recogidos mediante las “Hojas de CPPD”

INDICADORES
Datos que se deberán incluir en la “Hoja de CPPD”:
-Datos identificativos del paciente
-Fecha de la técnica neuroaxial y fecha de inicio de la CPPD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0369

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

-Tipo de cirugía realizada y técnica anestésica relacionada con la CPPD
-Medición del dolor de la cefalea mediante la escala EVA y características de la misma día a día
-Otros síntomas asociados: Rigidez de cuello, tinnitus, hipoacusia, násueas o vómitos, fotofobia
-Focalidad neurológica si la hubiera
-Registro de aparición de complicaciones así como necesidad de pruebas complementarias (TAC o RMN)
-Tratamiento analgésico establecido así como registro de la necesidad de analgesia de rescate, y técnicas invasivas en caso de que precisara (parche hemático)
-Necesidad de reposo absoluto
-Registro del inicio de deambulación
-Duración en días de la sintomatología de la CPPD

Análisis de datos obtenidos

DURACIÓN
-Inicio de recogida de datos desde la aprobación del proyecto durante un año y análisis de los datos obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0376

1. TÍTULO

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA LATRE SASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
QUITO RAMOS HERIKA MIRIAM
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El protocolo se puso en marcha en el mes de Febrero de 2019 y se ha aplicado a todos los pacientes sometidos a PTR, PTC y Fractura de cadera que no presentasen ningún criterio de exclusión. Siguiendo el protocolo, se ha administrado 1g de ácido tranexámico, de manera intravenosa en los 30 minutos previos a la realización del procedimiento quirúrgico. No habiéndose documentado ninguna complicación directamente relacionada con el fármaco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un estudio comparativo sobre 28 casos consecutivos, no aleatorizados, todos ellos sometidos a implante primario de prótesis de rodilla, en la primera fase del proceso de puesta en marcha del proyecto.

En 14 de ellos se aplicó el protocolo y en otros 14 no se hizo por diferentes causas (contraindicación del fármaco o período previo a la implantación del protocolo).

En ambos grupos se han analizado las siguientes variables:

- Débito del drenaje en las primeras 24h: la media de débito en el grupo que recibe tratamiento es de 233.57ml, sobre 712,86 ml del grupo sin fármaco. El IC 95% diferencia de medias es de 345,25-613,31 con p valor < 0,0001, habiéndose aplicado el Test estadístico t de Student.

- Necesidad de transfusión sanguínea: ningún paciente al que se aplicó el protocolo precisó transfusión sanguínea, mientras que el 57% de los pacientes a los que no se ha administrado ácido tranexámico sí han precisado transfusión sanguínea (entre 1 y 3 unidades), según el Test exacto de Fisher, con valor de p<0,002

- Días de ingreso hospitalario: la media de días de ingreso del grupo fuera del protocolo fue de 6,64 días. En el grupo en el que sí se aplica el protocolo la media fue de 5,14, habiendo aplicado el test t de Student con p=0,206.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los pacientes a los que no se ha administrado ácido tranexámico tienen un drenaje en las primeras 24 horas superior (entre 345,25 y 613,31 mililitros más) que aquellos que han recibido ácido tranexámico según el protocolo establecido.

- Ninguno de los pacientes a los que se les ha administrado ácido tranexámico ha recibido transfusiones, mientras que el 57% de los pacientes a los que no se ha administrado ácido tranexámico sí han precisado transfusión sanguínea.

- No existen diferencias en cuanto a los días de ingreso: aunque se puede observar en la estadística descriptiva que los pacientes a los que no se les ha administrado ácido tranexámico están en promedio un día y medio más ingresados, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

7. OBSERVACIONES.
Los resultados obtenidos son concordantes con los aquellos que provienen de estudios experimentales y con nuestras expectativas al implantar el protocolo. No obstante el protocolo queda sujeto a modificaciones según el avance de las nuevas evidencias científicas.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/376 ========== ***

Nº de registro: 0376

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0376

1. TÍTULO

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Autores:
LATRE SASO CRISTINA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El índice transfusional en la cirugía protésica se sitúa en muchas series en torno al 90%. La transfusión de sangre alogénica (TSA) es un procedimiento no exento de riesgos, cuya administración provoca además un aumento en la estancia hospitalaria y los costes del proceso.
Con la finalidad de reducir los riesgos derivados de la TSA y obtener mejores resultados clínicos y menor dependencia de productos sanguíneos, se han propuesto diversas estrategias de ahorro que incluyen el uso protocolizado de ácido tranexamico.
En el Hospital de Barbastro no se aplica con regularidad hasta el momento ninguna técnica de ahorro de sangre alógenica en este tipo de intervenciones. El ácido tranexámico ha demostrado reducir en un 38% la pérdida sanguínea, sin provocar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reducción de la pérdida total de sangre en Cirugía Mayor Traumatológica 2. Reducción de la necesidad de transfusión de sangre alogénica 3. Reducción de las complicaciones asociadas a la transfusión 4. Mejorar la utilización de los recursos del Banco de Sangre 5. Utilización de un método de costo-efectividad demostrado.

MÉTODO
-Anestesiologia: detección del paciente APTO para el protocolo.
-Anestesiologia: Administracion de la dosis recomendada iv.
-Anestesiologia: Observación de los trigger transfusionales y niveles de hematocrito postopoeratorio
-Enfermería U.R.P.A: control del sangrado postoperatorio y registro del mismo.
-Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

INDICADORES
Registro en la “Hoja de Anestesia” y en la “Hoja de Control Postoperatorio” del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Control Postoperatorio" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 24hs. Control analítico en las primeras 48h tras el procedimiento para determinar el nivel postoperatorio.

El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período y el análisis de los datos recogidos. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

DURACIÓN
Sin fecha límite. Este protocolo será modificado o quedará sin efecto según las nuevas evidencias o recomendaciones que guían nuestra práctica clínica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
DIAZ AGUDO ISABEL
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA
ENGUITA TODA ISABEL
SANZ MELIZ JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Octubre.
Se realizó la reunión inicial del equipo de trabajo para reparto de tareas y organización de todas las fases del proyecto.
Se establecieron reuniones físicas periódicas (2 al mes)
Se creó un método de trabajo no presencial, mediante correo electrónico y grupo de whatsapp para respuestas grupales inmediatas

Se recogieron datos en URPA
Se diseñó la hoja de recogida de datos
Se establecieron las pautas para la recogida
Se recogieron datos durante 1 mes para conocer la situación inicial en cuanto a lo que se considera hasta el momento la correcta identificación de camas.
A la vez los miembros del equipo que trabajan dentro del quirófano, realizaron una descripción detallada de: quien, como, cuando y donde se realiza la identificación de la cama de hospitalización una vez que el paciente es pasado a una camilla de quirófano.
-Noviembre
En las reunión con el equipo.
Se puso en común la descripción preparada por el equipo de quirófano, así como la descripción del equipo de la URPA en cuanto a la recepción del paciente en URPA.

Se expuso el análisis previo de los datos para conocer la situación actual
-datos de la identificación de las camas recogidos en el mes de octubre
-datos de los errores registrados desde el 1 de enero 2019 hasta la fecha

Se realizaron propuestas de mejora para minimizar el riesgo de error, mediante lluvia de ideas con las que comenzar la elaboración de un protocolo.
-Diciembre.
Se realizó protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la adecuada recepción y ubicación de los pacientes en su cama de hospitalización en URPA.

Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro para empezar el pilotaje.

Se procedió a la difusión del protocolo y a la formación en el protocolo a los profesionales implicados.

-Enero.
Se repitió difusión y se complementó con charlas para el resto de personal implicado dentro del bloque quirúrgico.

Se adaptó el espacio y se colocó todo el material necesario en la recepción de los pacientes en quirófano.

Se pilotó el protocolo durante 1 semana (del 13 al 17de enero) y se comprobó la no existencia de lagunas en cuanto a diseño y/o comprensión de las actividades

Se puso en marcha el protocolo con recogida de datos durante 1 semana, del 20 al 24 de enero.

Se midieron los indicadores del protocolo. 27/01/2019
Se elaboraron las conclusiones. 28/01/2019
Se envía la memoria. 30/01/2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Conocer la situación de partida:
En el año 2019 se registró en turno de mañanas de lunes a viernes en un libro de incidencias los errores de cama equivocada, siendo el resultado: 2 errores y 5 casi errores, desde enero a septiembre. En octubre, se realizó un estudio en el que se recogieron 100 casos para medir la correcta identificación de la cama y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

error en la colocación de pacientes en camas equivocadas. El resultado fue: 0 incidente-error y 12% identificación incorrecta según criterios existentes en dicha fecha.

2- Disponer de un protocolo para la correcta identificación y ubicación de las camas en la Unidad de Recuperación postanestesica. Durante el pilotaje se han recogido 29 casos en los que la medición de los indicadores fue satisfactoria con pequeñas aclaraciones.

3-Tras la instauración del protocolo se recogieron 49 casos y se midieron los siguientes indicadores con los siguientes resultados:

- Estructura
Criterio: Material de identificación
Indicador: Disponer del material para realizar la actividad
Estandar: Si
Resultado: Si

- Proceso
Criterio: Protocolo de identificación de las camas en la URPA
Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad
Estandar: Si
Resultado: Si

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico
Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estandar: 100% del personal de plantilla fija implicado
Resultado: 100%

Criterio: Camas bien identificadas en la URPA
Indicador: % de camas bien identificadas
Estandar: 100% camas
Resultado: 100%

- Resultado
Criterio: incidente-error. Paciente en cama equivocada
Indicador: % pacientes que se les ha colocado en otra cama
Estandar: 0
Resultado: 0

Criterio: incidente confidencialidad. Manejo inadecuado de dato de confidencialidad de paciente
Indicador: % de carteles con dato de confidencialidad del paciente NO retirados al alta en URPA
Estandar: 0
Resultado: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este momento se dispone de un protocolo de actuación en la identificación de las camas en el bloque quirúrgico, así como del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. El protocolo ha sido acogido con entusiasmo y sin ninguna incidencia. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/724 ========== ***

Nº de registro: 0724

Título
MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, DIAZ AGUDO ISABEL, BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, ENGUITA TODA ISABEL, SANZ MELIZ JOSE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado riesgo de confusión, llegando en ocasiones a error en la colocación de los pacientes postquirúrgicos en su cama al ingreso en la Unidad de Recuperación postanestesica tras la intervención quirúrgica.
Los pacientes son trasladados de planta a quirófano en su cama de hospitalización junto con su HªC. En la recepción de quirófano pasan de su cama a una camilla y son trasladados a la sala de acogida de quirófano. Tras la intervención quirúrgica son trasladados a la URPA en camilla donde se colocan en su cama de hospitalización.
La cama de hospitalización de los pacientes queda vacía en la recepción de quirófano y es trasladada a la URPA por un celador de quirófano, quedando en espera en un box de la URPA o en el pasillo hasta la finalización de la intervención quirúrgica del paciente. La cama es identificada con cinta adhesiva anotando el número de quirófano y la especialidad por un celador de quirófano.
Al ingreso del paciente en URPA se debe localizar la cama para ubicar al paciente en su cama de hospitalización.
Posibles causas:
- Cama no identificada
- Existencia de 2 camas de la misma especialidad y del mismo quirófano en la URPA
- Error en la identificación de la cama
o Cama mal identificada
o Identificación ilegible
o Confusión de la persona que lo lee

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal. Ausencia de errores en la colocación de los pacientes en sus camas de hospitalización.
Objetivos secundarios
- Camas bien identificadas en la URPA
- Protocolizar acciones encaminadas a la correcta identificación de las camas en la URPA y a la correcta ubicación de los pacientes en sus camas de hospitalización.
- Conocimiento del protocolo de correcta ubicación de pacientes por todo el personal implicado

MÉTODO
- Reunir al equipo para realizar lluvia de ideas, reparto de tareas.
- Establecer reuniones periódicas (2 al mes).
- Establecer un registro y diseñar hoja para recogida de datos de situación actual.
- Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio.
- Realizar protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la colocación de los pacientes.
- Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo

La finalidad de este proyecto es evitar errores de identificación y de colocación de pacientes en sus camas de hospitalización ayudándonos de una atención protocolizada basada en la mejor evidencia disponible.

INDICADORES
La fuente de información de los errores serán los registros realizados en la URPA.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en la URPA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin.
Los indicadores de medida serán:
- Estructura
Criterio: Disponer del material para realizar la actividad
Indicador: Disponer del material para realizar la actividad
Estandar: Existencia de material indicado (SI-NO)
- Proceso
Criterio: Protocolo de identificación de camas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad
Estandar: SI

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico
Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estandar: 100% del personal implicado

Criterio: Camas bien identificadas en la URPA
Indicador: % de camas bien identificadas
Estandar: 100% camas
- Resultado

Criterio: incidentes
Indicador: % pacientes que se les ha colocado en otra cama
Estandar: 0

DURACIÓN
- Marzo. Reunir al equipo para realizar lluvia de ideas, reparto de tareas.
- Marzo a diciembre. Establecer reuniones periódicas (2 al mes).
- Abril. Establecer un registro y diseñar hoja para recogida de datos de situación actual.
- Marzo a diciembre. Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio.
- Marzo-abril. Realizar protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la colocación de los pacientes.
- Mayo. Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
- Junio. Recogida de datos de situación post protocolo
- Septiembre. Análisis de los datos y medición de indicadores
- Octubre. Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0734

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRUGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
ESPLUGA DE ANTONIO ELISA
JAIME PAUL ROSARIO
MORA ALINS SOFIA
BARFALUY BUIL MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Octubre 2019
Reunión inicial del equipo de trabajo para reparto de tareas y organización de todas las fases del proyecto.
Establecer reuniones físicas periódicas (2 al mes)
Creación de método de trabajo no presencial, mediante correo electrónico o vía WhatsApp

- Noviembre 2019
Análisis de los registros que se tenían de accidentes durante el año.
- Diciembre 2019
Realización del protocolo

- Enero 2019
Reuniones explicativas para el personal implicado en la trasferencia de pacientes
Puesta en marcha del protocolo
Recogida de datos, última semana de enero (del 23 al 29)
Análisis de resultados recogidos
Envío de memoria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Conocimiento de la situación de partida.
Durante el primer trimestre del año 2019, se registraron en la URPA 3 incidentes durante la trasferencia de paciente camilla-cama: 2 golpes con palos de gotero y otro con bomba perfusión colocada en palo
A partir de esa fecha, se fueron tomando medidas para evitar las contusiones y poder ir perfilando la elaboración del protocolo.

- Disponer de un protocolo de actuación para que realización de la trasferencia sea rápida, eficaz y segura para paciente y personal

- Se recogieron 42 casos tras el inicio de aplicación del protocolo, se midieron los siguientes indicadores:

Estructura
Criterio: tablas de trasferencia
Indicador: Disponer tablas de transferencia
Estándar: Si
Resultado: Si. Se dispone de 2 tablas nuevas

Proceso
Criterio: Protocolo de trasferencia paciente camilla- cama en la URPA
Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad
Estándar: Si
Resultado: Si

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico
Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estándar: 50% del personal de plantilla implicados
Resultado: 90% del personal del bloque quirúrgico formados

Criterio: Camas bien preparadas para la trasferencia en la URPA
Indicador: % de camas bien preparadas
Estándar: 95% camas bien preparadas
Resultado: 100% de camas bien preparadas en URPA en espera a que el paciente llegue desde quirófano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0734

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRUGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

Resultado

Criterio: contusiones observadas en personal del bloque quirúrgico durante la trasferencia
Indicador: % contusiones en personal
Estándar: <5%
Resultado: ninguna contusión en personal del bloque quirúrgico

Criterio: Contusiones observadas en paciente durante trasferencia
Indicador: % contusiones en paciente
Estándar: 0%
Resultado: Ninguna contusión en paciente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este momento se dispone de un protocolo de trasferencia camilla-cama, del material (2 transfer nuevos) y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/734 ========== ***

Nº de registro: 0734

Título
MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRUGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, ESPLUGA DE ANTONIO ELISA, JAIME PAUL ROSARIO, MORA ALINS SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la evaluación de los riesgos del servicio, se detectó que la mayor frecuencia de accidentalidad laboral ocurría durante la trasferencia del paciente desde camilla a cama, existiendo además la posibilidad de riesgo para el paciente.
Además, la coordinación y la asistencia inmediata son necesarias, por ello, se precisa de un protocolo de actuación

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana
- Personal sanitario y pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA.

Objetivo principal
- Minimizar la accidentalidad de pacientes y de personal sanitario en la trasferencia camilla-cama

Objetivos secundarios
- Medir la frecuencia de accidentes relacionados con la trasferencia de pacientes
- Eliminar objetos que posibiliten los accidentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0734

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRUGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

- Protocolizar acciones en la prevención de accidentes relacionados con la trasferencia de pacientes postquirúrgicos camilla-cama.

MÉTODO
- Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
- Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio
- Registro de accidentes durante la trasferencia del paciente postquirúrgico, tanto en personal sanitario como en paciente, antes y después de la aplicación del protocolo.
- Realización protocolo trasferencia paciente postquirúrgico camilla-cama
- Formación del equipo en las actuaciones para la aplicación del protocolo

INDICADORES
Los indicadores de medida serán:
- Estructura
o Criterio: presencia personal (4 personas) para la trasferencia del paciente postquirúrgico
Indicador: % de trasferencias realizadas correctamente
Estandar: 100%
- Proceso
o Criterio: Protocolo de trasferencia paciente postquirúrgico camilla-cama
Indicador: Existencia de protocolo validado
Estandar: SI
o Criterio: Formación del personal del bloque quirúrgico (QUI/URPA) en el protocolo de trasferencia
Indicador: % de trabajadores en bloque quirúrgico (QUI/URPA) formado en el protocolo de trasferencia.
Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras, TCAE y celadores
o Criterio: Aplicación del protocolo
Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo
Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras, TCAE y celadores que ha sido formada.
- Resultado
o Criterio: mejora en accidentalidad en personal
Indicador: % accidentalidad
Estandar:
o Criterio: mejora en accidentalidad en pacientes
Indicador: % accidentalidad
Estandar: 0

DURACIÓN
- Marzo. Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto
- Marzo a diciembre. Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio
- Abril. Análisis de datos de accidentalidad en el Servicio en el año 2018.
- Marzo-abril. Realizar protocolo de actuación para la trasferencia camilla-cama en el paciente intervenido quirúrgicamente
- Mayo. Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo.
- Junio. Recogida de datos de situación post protocolo
- Septiembre. Análisis de los datos y medición de indicadores
- Octubre. Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTIBALIZ ECHAZARRETA GALLEGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRASQUER PUYAL AURORA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO
LATRE SASO CRISTINA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
FRANCES RAMI ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de guías clínicas existentes en relación a protocolos de Recuperación Intensificada)
- Estudio poblacional y adaptación de medidas de las vías de recuperación intensificada publicadas hasta el momento a recursos y población local

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración de vía clínica para el manejo en planta de cirugía de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal
- Establecimiento de consenso sobre ítems intraoperatorio (anestésicos y quirúrgicos) a incluir en el programa del hospital.
- Difusión de la relevancia de los programas de rehabilitación multimodal entre personal de enfermería de planta de hospitalición y quirófano en sesión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto continuará en marcha durante el año 2020, puesto que aún queda pendiente su desarrollo pleno en planta de cirugía tras la implantación de herramienta de prescripcción electrónica Pharmatools y análisis posterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/365 ========== ***

Nº de registro: 0365

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO, LATRE SASO CRISTINA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía del cáncer colorrectal se asocia con una alta tasa de eventos adversos, hasta un 30% según las series. Las complicaciones derivadas de la intervención dependen del acto quirúrgico, el estado basal del paciente y la propia patología. La agresión perioperatoria implica la puesta en marcha de una respuesta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

inmunitaria y endocrina con liberación de citocinas y mediadores de la inflamación que puede convertirse en patológica conllevando una disfunción orgánica. Los programas de recuperación intensificada ERAS son un conjunto de cuidados para pacientes quirúrgicos, basados en la evidencia, que tienen como objetivo disminuir este estrés generado en torno al proceso operatorio. La implementación de estas prácticas de manejo perioperatorio han supuesto una revolución en el campo de la cirugía, y se sustentan en la aplicación de un paquete de medidas de una manera multidisciplinar por los profesionales involucrados y fomentando la implicación activa del paciente en todo el proceso.
Actualmente en el Servicio de Cirugía del hospital de Barbastro se llevan a cabo anualmente alrededor de 80 cirugías de colon resectivas, por lo que siendo una patología de alta prevalencia resulta necesario adecuar y consensuar interdisciplinarmente un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia actual.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implementar programa de cirugía de recuperación intensificada en cirugía colorrectal en el Hospital de Barbastro.
- Reducir la estancia media hospitalaria tras cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.
- Reducir las complicaciones globales en cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.

MÉTODO
Ítems del protocolo de rehabilitación multimodal:
Preoperatorio:
- Información al paciente preoperatorio completa oral y escrita sobre el proceso al que va a ser sometido individualizada y adaptada.
- Optimización preoperatoria: identificación del paciente de riesgo en el periodo preoperatorio, de manera que los eventos detectados se optimicen en esta etapa.
- Ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de intervención quirúrgica.

Intraoperatorio:
- Evitar empleo de premedicación anestésica.
- Abordaje quirúrgico laparoscópico prioritario.
- Profilaxis de náuseas y vómitos en función del riesgo estimado individualizado.
- Prevención hipotermia.
- Evitar uso de sonda nasogástrica (SNG).
- Evitar empleo de drenaje intraabdominal.
- Analgesia epidural/bloqueo plano transverso: analgesia epidural dentro de una analgesia combinada en toda cirugía abierta.
- Fluidoterapia intraoperatoria guiada por objetivos evitando la sobrecarga hídrica, con un mantenimiento de los siguientes valores: cirugía laparoscópica 1-3 ml/kg/h o cirugía abierta 5-7 ml/kg/h.
- Hiperoxigenación intraoperatoria con FiO2 superior a 50%.
- Empleo de anestésicos de acción corta en inducción y mantenimiento.

Postoperatorio
- Nutrición precoz: inicio de la ingesta las primeras 24 horas postoperatorias.
- Movilización temprana: movilización en las primeras 24 horas postquirúrgicas.
- Incentivador respiratorio/fisioterapia preoperatoria y postoperatoria combinados con ejercicios de respiración profunda, tos dirigida y movilización precoz.
- Retirada precoz de sonda vesical: en los casos en los que sea necesario su colocación, retirada en las primeras 24 horas tras la cirugía.

INDICADORES
- Nº ítems del protocolo cumplidos /paciente ingresado.
- Porcentaje global de adherencia al protocolo.
- Porcentaje de cumplimiento por grupos de edad.
- Estancia media hospitalaria pacientes incluidos en protocolo/estancia media pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017- 2018.
- Complicaciones globales pacientes incluidos en protocolo/complicaciones globales pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017-2018.
- Encuesta satisfacción del paciente.
- Evaluación de dificultades surgidas en el desarrollo del proyecto y pautas de mejora.

DURACIÓN
- Febrero-Marzo 2019: elaboración de protocolos de manejo y consenso en torno a los mismos.
- Abril 2019: comunicación y formación del personal implicado sobre los nuevos protocolos.
- Abril-Mayo 2019: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre 2019: reunión evaluación: dificultades en la implantación, mejoras aplicables.
- Noviembre 2019: evaluación de resultados de 6 meses de evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1038

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRAMONA PUEYO CRISTINA
CAUDEVILLA ARNALDA ISABEL
SAMITIER DIAGO SILVIA
BORRELL BORRELL EVA
GARCES BIELSA SONIA
SATUE ARMENGOL OLIVIA
FUMANAL GRASA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Respecto a las actividades realizadas, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

*Se han realizado sesiones clínicas a las que asistieron tanto el personal tanto diplomados en enfermería como auxiliares de enfermería adscrito a la planta, como personal eventual y de refuerzo. En dichas sesiones se reforzaron conocimientos de las siguientes áreas en relación al tema a tratar:
- Recuerdo anatómico de la articulación de la cadera
- Clasificación de las fracturas respecto a la localización de las mismas
- La cirugía y material de osteosíntesis dependiendo del tipo de fractura.
- La tracción cutánea; concepto e indicaciones.
- Aseo y movilización del paciente con tracción cutánea, clavo gamma y prótesis parcial de cadera.
- La prótesis total de cadera y sus indicaciones.
- Abordajes quirúrgicos; tipos y relación con la movilización posterior del paciente.
- Aseo del paciente con PTC
- Movilización del paciente con PTC.
- Normas posturales del paciente con PTC
- Luxación de la PTC; causas y prevención.
- Manejo de la órtesis.

*Se han elaborado posters que están colocados en el control de la unidad en los que aparece de forma gráfica y con fotografías realizadas en el servicio por el propio personal, en los que aparecen descritas las pautas a seguir con los pacientes con fractura de cadera o PTC, siempre teniendo en cuenta el tipo de osteosíntesis.

*Del mismo modo hemos realizado un tríptico informativo para entregar a los pacientes y familiares intervenidos de PTC, en los que aparecen ejercicios de realización temprana y más tardía a realizar por el paciente, así como pautas para sentarse, levantarse de la cama, uso de muletas, subir y bajar escaleras, salir del coche, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo el personal de la planta ha asistido a las sesiones, también se ha dejado el material didáctico en la planta para que el personal pueda consultarlo. El resultado en este sentido, ha sido tan satisfactorio que se repetirán dichas sesiones de forma periódica cuando haya rotación del personal de la unidad.
Los pósters al estar expuestos en el control de la unidad y en un lugar visible sirven de consulta y refuerzo al personal de la unidad y sobre todo resultando especialmente útiles al personal eventual y de refuerzo ocasional que es destinado a la planta.
Respecto a los trípticos informativos, se entregan de forma puntual a los pacientes o familiares en los casos de intervención de prótesis total de cadera. Son entregados por la enfermera responsable del paciente o en algunos casos por el propio facultativo en la primera visita al paciente tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto de mejora ha sido muy bien valorada por los miembros del equipo; el enfrentarse a una exposición de conocimientos en público supone un reto y estímulo para los ponentes y es una motivación para el estudio e investigación. Siendo así, que surgieron peticiones de realización de sesiones clínicas de distintos procedimientos y temas de interés en nuestro servicio. De la misma manera se ha fomentado el trabajo en equipo a la hora de poner en común experiencias, dudas y vivencias que tienen que ver con el trabajo cotidiano.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1038

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1038

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

========== ***

Nº de registro: 1038

Título
MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PROTESIS TOTAL DE CADERA

Autores:
ALONSO AYERBE LAURA, LARRAMONA PUEYO CRISTINA, CAUDEVILLA ARNALDA ISABEL, SAMITIER DIAGO SILVIA, BORRELL BORRELL EVA, GARCES BIELSA SONIA, SATUE ARMENGOL OLIVIA, FUMANAL GRASA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera tiene una alta prevalencia en la población. Representa un importante porcentaje en la actividad quirúrgica y de la hospitalización en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. A su vez la coxartrosis es una patología muy frecuente que deriva en una artroplastia total de cadera, lo que supone una fracción importante en la actividad quirúrgica de nuestro servicio.
Ambos procesos quirúrgicos presentan peculiaridades a la hora de realizar la movilización de los pacientes para el aseo, así como los ejercicios inmediatos postoperatorios que pueden realizar de forma autónoma para mejorar el estado circulatorio a nivel periférico y el tono muscular. Sin olvidar los movimientos que hay que evitar para evitar la luxación de la cadera y que tanto el paciente como el personal debe de conocer.
La continua rotación y cambio del personal de la unidad, hace necesaria una continua actualización de conocimientos para el buen control asistencial de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Actualizar conocimientos del personal de la unidad de hospitalización de Traumatología en especial en las patologías enunciadas.
- Mejorar el estado funcional del paciente al alta y su autonomía en domicilio.
- Reducir comorbilidades y posibles complicaciones inmediatas.
- Reforzar conocimientos a cuidadores y familiares en el manejo extrahospitalario de estos pacientes al alta.

MÉTODO
- Realizar sesiones clínicas seriadas para favorecer la asistencia del personal adscrito a la unidad, así como el personal de refuerzo habitual.
- Elaboración de un póster las pautas específicas de movilización en dependencia del tipo de osteosíntesis utilizada.
- Elaboración e implantación de un tríptico informativo para entregar a los pacientes y familiares, con las pautas de movilización y tipos de ejercicios a realizar.

INDICADORES
- El 100% del personal adscrito a la unidad asistirá a las sesiones informativas.
- El 100% de los pacientes intervenidos de PTC se les entregará el díptico informativo.

DURACIÓN
- Entre el mes de Marzo y Junio, se elaborará el póster y se presentará al personal de la unidad.
- En el mismo periodo se elaborará e implantará el díptico informativo y se comenzará a distribuir a los pacientes con PTC.
- Se realizarán sesiones en el mes de Mayo y otra en Octubre para favorecer la asistencia .
- Enero 2020; análisis y presentación de los resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1038

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

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

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 29/02/2020

2. RESPONSABLE ..... TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
BUIL MARTINEZ MARIA PILAR
BOIRA SUBIAS MARIA FELICIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La consulta se viene realizando de manera mensual y en ocasiones bimensual, desde Enero hasta Diciembre. Los días de consultas realizados han sido 14.
Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.00 a 15 horas.
Número de pacientes: 5 por consulta.
Todos los pacientes que presenta Psoriasis y artritis psoriásica del servicio de Dermatología y Reumatología se les revisa en esa consulta para no duplicar citas.
En la primera consulta se realizan cuestionario de manera individualizada gracias a SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil ue contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica así como cuestionarios de calidad de visa y el índice PASI (índice de gravedad y de extensión de la psoriasis), para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
312 pacientes (72 nuevos, 240 revisiones)

Motivo de referencia: Duda diagnóstica(39%),Terapéutica (51%).

Resultados: - Nuevo diagnóstico Aps: 29 (26%)

- Nuevo diagnóstico Ps: 11 (28%)

- Inicio o cambio de tto biol/inmunosup

- Dx de efectos secundarios

- Otros diagnósticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El abordaje multidisciplinar ha permitido una detección precoz de la enfermedad reumática en la denominada ventana terapéutica, provocando un descenso de la morbilidad y un mayor éxito y satisfacción por parte de los pacientes y profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/300 ========== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad
crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapeúticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO
Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.
Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES
Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularan los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y revaluar a los seis meses.

DURACIÓN
La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CAZAÑA TAMARA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación de los casos clínicos envíados desde los centros de Atención Primaria de nuestro Sector .
Los casos se valoran en las primeras 24-72 horas de su recepción, sin superar un máximo de 7 días .
Los formularios de Teledermatología se encuentran integrados en la Interconsulta Virtual de la Historia Clínica Electrónica.
Se realizan tareas de formación a los especialistas de Atención Primaria a través de la propia actividad.
Se han ido incorporando progresivamente nuevos centros de Atención Primaria a la actividad; se realizarán nuevas actividades de formación en los centros que se adscriban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resolución de aproximadamente el 70% de los casos de forma virtual, sin que el paciente tenga que acudir a la consulta presencial.
Satisfacción del paciente y del médico de Atención Primaria con la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Coordinación correcta en los centros de Atención Primaria para la recogida de casos (un médico responsable por centro, agendas para hacer historias y fotografías a los pacientes).
Equipamiento necesario con dermatoscopia adaptada a la cámara.
El proyecto no ha requerido de otros gastos adicionales, salvo la inversión inicial en los equipos.
Queda pendiente la implantación en la totalidad de los centros de Atención Primaria y jornadas de actualización para los nuevos miembros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/287 ========== ***

Nº de registro: 0287

Título
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Teledermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Una aplicación indiscutible es la utilización de la Teledermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.
La Teledermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.
La Teledermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada.
Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón…hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinenza, y próximamente Binéfar.

MÉTODO
a) Análisis diferido de imágenes.
El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.
b) Teleformación.
Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.
c) Formación presencial.
Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

INDICADORES
- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.
- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.
- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.
- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

DURACIÓN
Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.
Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.
Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0356

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 25/02/2020

2. RESPONSABLE ..... CLARA PALACIN ARIÑO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
MORLANS GRACIA LUCIA
TORRES GRANDE MARIA JOSE
MEDRANO MARTINEZ PILAR
PEYRET FERRER INMACULADA
GOMEZ RIVAS PAULA
GRANDE MANJON MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica de los artículos publicados.

Se han llevado a cabo sesiones de formación y actualización en disfagia con encuesta de valoración final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existe una mayor sensibilidad del personal ante el problema de la disfagia orofaríngea. Los pacientes con este problema (o con sospecha de padecerlos) se detectan tanto en el Servicio de Urgencias como en Hospitalización por parte del personal médico y de enfermería. Se derivan mediante hoja de interconsulta para la realización del MECV-V y/o para la adaptación e individualización de la dieta durante su estancia hospitalaria y al alta si se precisa.

La evaluación de los profesionales participantes en la formación fue muy satisfactoria. Refieren que la formación ha cubierto sus expectativas y que va es de gran utilidad para la práctica diaria. Se demanda que se realicen más talleres respecto a esta temática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por motivos ajenos al trabajo varias personas del equipo de mejora han estado fuera de su servicio durante varios meses por lo que no ha sido posible terminar el proyecto.
Queda pendiente la elaboración de recomendaciones sobre la administración de medicamentos en disfagia orofaríngea.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/356 ========== ***

Nº de registro: 0356

Título
OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
PALACIN ARIÑO CLARA, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, MORLANS GRACIA LUCIA, TORRES GRANDE MARIA JOSE, MEDRANO MARTINEZ PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, GOMEZ RIVAS PAULA, GRANDE MANJON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquiera que curse con disfagia orofaríngea
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0356

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

PROBLEMA
La disfagia orofaríngea es uno de los problemas más frecuentes en pacientes hospitalizados. Tiene múltiples consecuencias adversas que llevan a un aumento del coste total por hospitalización.
La administración de la medicación oral se encuentra condicionada tanto por la forma farmacéutica como por la dificultad de deglución de estos pacientes.
La detección de este problema, conlleva a la mejora de la atención del paciente y disminución de eventos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea.
- Recomendaciones y optimización de los tratamientos de los pacientes con disfagia orofaríngea.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de los artículos publicados hasta la fecha.
- Elaboración de recomendaciones sobre la administración de medicamentos en disfagia orofaríngea.
- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea en hospitalización.
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario y encuesta de valoración.

INDICADORES
Valoración satisfactoria en el 70% del personal sanitario.

DURACIÓN
- Revisión bicliográfica y elaboración de recomendaciones hasta septiembre de 2019
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario a lo alrgo del último trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0848

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARA CHARRO CALVILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERIA CLAVERIA GRACIELA
VIÑUALES CHUECA BEATRIZ
LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION
CUDINACHS SAMPIETRO MARIA
GRASA CORTINA MARIA DOLORES
ARELLANO CARRERA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acorde con el calendario previsto en abril de 2019, en conjunto con enfermería de consultas de digestivo, se inicia el proceso de redacción de un breve texto para repartir en consulta informando de los teléfonos disponibles y extensiones de contacto. Lo sometemos a la revisión de varios pacientes y recogemos sus aportaciones.
Relativo a las actividades de formación planteadas:
.-Tres enfermeras realizan el curso online: ""Formación avanzada en enfermedades inflamatorias intestinales para enfermería", actividad docente con número de expediente 09/023796-IN acreditada con 4,5 créditos.
.-Dos enfermeras realizaron el curso presencial: "Jornada de enfermería reumatológica" acreditado con O,4 créditos.
Tiene lugar una reunión presencial con el personal administrativo de gestión de citas, para evaluar cómo es la mejor manera de registrar esta actividad asistencial, pero al estar inmersas en el complejo proceso de cambio del programa informático, se propone iniciar el registro de manera escrita.
Iniciamos, a partir de mayo de 2019, el reparto del documento impreso en soporte de papel tamaño DIN A5, a todos los pacientes que se va viendo en consultas con enfermedad inflamatoria intestinal.

Ya se ha realizado el reparto del documento a una amplio número de pacientes, aunque no se ha alcanzado el 100% de los mismos, puesto que se van distribuyendo a medida que acuden a consulta por cualquier otro motivo, no se les cita de propio para recoger el documento.
Se retrasa, sobre le calendario previsto, hasta final de agosto de 2019, la toma del registro formal de las consultas. En parte influenciada esta demora por el periodo estival, pero fundamentalmente por la gran rotación de personal de enfermería y auxiliares por la consulta de digestivo dedicada a la enfermedad inflamatoria intestinal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analiza el registro de datos recogidos entre 29 de agosto de 2019 y enero de 2020, con un total de 51 llamadas telefónicas atendidas (media por día de consulta de tres llamadas). Esta cifra sabemos subestima el número real de consultas telefónicas reales que se produce, pero el registro no se realizar en el lugar y forma adecuada cuando el personal asignado a la consulta no conoce la puesta en marcha de este proyecto.

Los motivos principales de consulta por vía telefónica, son, en orden de frecuencia: dudas con el tratamiento farmacológico, resultados de exploraciones o analíticas, brote activo de la enfermedad, gestión de citas erróneas o demoradas, procesos infecciosos agudas y en último lugar, dudas sobre vacunaciones.

La resolución vía telefónica se consigue en todos los casos de dudas sobre el tratamiento farmacológico (dosis, administración, interacciones, efectos secundarios) y en los que precisan información o quedaban pendientes de algún resultado médico, que condicionaba la pauta a seguir. En el caso de brote activo, se pudo instaurar medidas iniciales de terapia en la mayoría de casos, pero se citaron a consulta presencial el 90% en distintos plazos de preferencia según la intensidad de la clínica y complejidad de cada paciente en su escenario concreto. También se pudo solventar la citación y el resto de condiciones consultadas, remitiendo a una paciente a urgencias por estar indicada en su situación una evaluación urgente y no podía acudir en horario de la consulta (precisó ingreso hospitalario).
Queda pendiente el objetivo planteado de generar un código administrativo para poder contribuir a su codificación informática, desde el servicio de citaciones no les ha sido aún posible debido al cambio del programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La disponibilidad de una atención telefónica desde la consulta de digestivo ha sido muy bien acogida por los pacientes con enfermedad inflamatoria a intestinal.

El uso de esta vía de contacto está en aumento desde que comenzó a darse a conocer a través de este proyecto de calidad. La tasa de resolución por vía telefónica fue de un 70,5% ahorrando 36 visitas presenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0848

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

Varios pacientes expresan que sería también deseable la comunicación por vía e-mail. Se recoge esta sugerencia repetida para futuros proyectos.

Importante destacar que el 92,2% de los casos fue la facultativa responsable la persona que resolvió las consultas telefónicas, y es mínima la resolución por enfermería, lo que hace prioritario la formación de personal en campo de la enfermedad inflamatoria intestinal, debido a su creciente prevalencia en nuestro medio. Con un equipo enfermería y FEA formado en este terreno, aún sería más resolutivo para este colectivo de pacientes crónicos la resolución de cuestiones diversas de forma ágil y no presencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/848 ========== ***

Nº de registro: 0848

Título
ORGANIZACION DE LA GESTION Y RESOLUCION PRACTICA DE LAS CONSULTAS TELEFONICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
CHARRO CALVILLO MARA, CLAVERIA CLAVERIA GRACIELA, VIÑUALES CHUECA BEATRIZ, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, CUDINACHS SAMPIETRO MARIA, GRASA CORTINA MARIA DOLORES, ARELLANO CARRERA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incidencia y prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal está en claro aumento en nuestro medio, como se refleja en los estudios epidemiológicos más recientes. Su evolución crónica con brotes impredecibles y su complejo manejo terapéutico, lo cual, hace que estos pacientes requieran de una atención integral y continuada. Cada día surgen incidencias, nuevas manifestaciones clínicas, dudas sobre efectos del tratamiento, gestión de citas médica y de administración de tratamiento. En nuestra consulta se recogen diariamente multitud de llamadas telefónicas sobre todos estos asuntos, sin que esta actividad disponga actualmente de una gestión organizada y eficaz, ni tampoco queda reflejada. Además los pacientes expresan su dificultad para acceder a una vía de resolución efectiva de sus necesidades hasta que llegan a comunicar con la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de nuestra área de salud una vía no presencial de gestión y resolución de consultas en lo relativo a su patología y la atención a la misma. En un entorno de dispersión geográfica como el nuestro, cobra especial relevancia el hecho de que se eviten desplazamientos a estos pacientes crónicos, en su mayoría jóvenes con actividad laboral.
Organizar una actividad que está creciendo exponencialmente de forma espontánea por requerimiento de los propios pacientes y que requiere de una gestión ordenada para que resulte realmente resolutiva.
Comenzar a interactuar de forma coordinada los distintos miembros implicados en la atención de estos pacientes: médicos especialistas, enfermería de consulta y de hospital de día, administrativos para ofrecer una atención más integral que mejore la percepción de buena calidad asistencial por parte de los usuarios.

MÉTODO
Elaborar un documento sencillo que indique al paciente de forma clara y concisa cómo contactar con la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0848

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

consulta de digestivo en caso de precisar una atención no presencial.
Formar al personal de enfermería en los aspectos más relevantes de la enfermedad inflamatoria intestinal, por medio de sesiones presenciales en el hospital y cursos de formación específicos on line.
Registrar todas las consultas telefónicas atendidas.
Generar un código administrativo para poder contribuir a su codificación informática.

INDICADORES
.- Contabilizar el número de consultas telefónicas registradas.
.- Analizar el motivo de las consultas y cuantificar cuantas fueron posibles de resolver vía telefónica y cuantas derivaron en una atención presencial, cuáles de las pudieron ser resueltas por el personal de enfermería de las consultas, precisaron de consulta con el especialista de digestivo, derivo en gestión de citaciones u de hospital médico.
.- Recoger el feedback de los pacientes con un sencillo cuestionario para conocer si les resulta de más fácil acceso a tener una consulta no presencial con el proceso implantado.
.- Calcular el ahorro de visitas presenciales realizado con esta atención telefónica.

DURACIÓN
.- Abril 2019: Diseño del soporte en papel a entregar al paciente con la información de cómo acceder al contacto de la consulta telefónica.
.- Abril-junio 2019: Realizar sesiones de formación con el personal de enfermería tanto de consulta como de hospital médico.
.-Abril-mayo: Reunión presencial con el personal administrativo de gestión de citas para evaluar cómo es la mejor manera de registrar esta actividad asistencial.
.- A partir de mayo 2019: registro pormenorizado de todas las llamadas atendidas con especificación de su motivo y solución final.
.- A partir de octubre 2019: comenzar a analizar la información obtenida del registro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1278

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL AURED DE LA SERNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALANA GARCES MARTA
CAMO MONTERDE PATRICIA
REILLO SANCHEZ CARMEN
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
BUSTOS MORELL CRISTINA
PEREZ RALUY ANA
GRASA CERA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han incluido los métodos séricos dentro de la sección de bioquímica, validados previamente por el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de Barbastro. Se han añadido en la analítica como nota adjunta, a modo informativo y de forma resumida, unos valores de referencia para poder interpretar los resultados obtenidos. Además se han realizado sesiones clínicas en diversos centros de salud del Sector de Barbastro. En ellas se ha explicado la implantación de los nuevos índices séricos para evaluar el grado de fibrosis hepática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes con alteración de la bioquímica hepática que se les realice el APRI y el FIB4 (en consulta de digestivo y de medicina interna): 94.5% en la consulta de digestivo(3 pacientes pertenecían a Fraga y no se les pudo realizar) y un 98% en la consulta de Medicina Interna.
% pacientes seguidos en consulta de Digestivo sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el FIB4 y se les realice: 100%

% pacientes seguidos en consulta de medicina interna sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el FIB4 y se les realice: no es posible su realización ya que no se solicitó ninguno

% de pacientes con concordancia en la clasificación según ambos índices: 74.67%

Estos datos se han obtenido mediante el programa Modulab utilizado en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de Barbastro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se ha implantado de forma adecuada en los servicios de Atención Especializada de Medicina interna y Digestivo. Las sesiones clínicas realizadas en los centros de salud y dirigidas a Médicos de Atención Primaria nos permitirán realizar en los próximos meses estos indicadores de forma generalizada en todo paciente que presente alteración en la bioquímica hepática. De esta manera los pacientes con fibrosis hepática avanzada y no conocida serán derivados a la consulta de Digestivo mediante una interconsulta de tipo virtual.
Este proyecto acaba de implantarse, habrá que valorar en unos años si ha mejora la práctica clínica, y si es posible la replicación en otros sectores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1278 ========== ***

Nº de registro: 1278

Título
EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Autores:
AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL, LALANA GARCES MARTA, CAMO MONTERDE PATRICIA, REILLO SANCHEZ CARMEN, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, BUSTOS MORELL CRISTINA, PEREZ RALUY ANA, GRASA CERA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1278

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tradicionalmente la estimación del grado de fibrosis hepática se ha realizado mediante el análisis de la biopsia hepática percutánea, pero es un método invasivo y costoso y que no está exento de complicaciones. Además la interpretación de la biopsia muestras ciertas limitaciones como la variabilidad individual y el error de la muestra. Por todo ello se han desarrollado métodos no invasivos de predicción de la fibrosis hepática tanto bioquímicos como de imagen.
Los objetivos de estos métodos no invasivos son separar la fibrosis significativa de la fibrosis leve, y así seleccionar paciente con fibrosis avanzada que tienen peor pronóstico. Hay que tener en cuenta que su fiabilidad es baja para diferenciar estadíos intermedios (F1, F2) por lo que habría que combinarlos con otras técnicas como la elastografía de transición o fibroscan.

Los métodos séricos que vamos a utilizar son dos, el modelo de APRI y el FIB4. El APRI es un modelo bioquímico a partir de niveles de plaquetas y aspartato amino transferasa (AST) que puede predecir la ausencia de fibrosis significativa (APRI < 0,50) o presencia de fibrosis significativa (APRI > 1,5). El FIB-4 está constituido por las plaquetas, ALT, AST y la edad. El FIB-4 diagnostica correctamente los pacientes con fibrosis en estadíos avanzados. Estos índices han sido extensamente evaluados en pacientes con hepatitis C crónica.

RESULTADOS ESPERADOS
El método de evaluación de la fibrosis hepática ha sido la biopsia hepática hasta la utilización en los últimos años de métodos no invasivos: la elastografía de transición/fibroscan y los métodos séricos. El objetivo de este proyecto es la implantación de los métodos séricos en nuestro hospital. Mediante estos índices aquellos pacientes con alteración de la bioquímica obtendrán directamente en la analítica los marcadores séricos APRI y FIB4 acompañados de una breve explicación para su interpretación. Aquellos con riesgo alto de fibrosis serán derivados al Especialista de Digestivo para su estudio y seguimiento.

MÉTODO
-Inclusión de los métodos séricos dentro de la sección bioquímica tras validación de los mismos con el servicio de análisis clínicos
-Realización de una hoja explicativa e incluirla en la intranet para su acceso a través de atención primaria o especializada
-Derivación de pacientes con sospecha de fibrosis hepática avanzada a la consulta de digestivo a través de la interconsulta virtual
-Acceso fácil y rápido con el servicio de digestivo y con el servicio de análisis clínicos en caso de duda

INDICADORES
% pacientes con alteración de la bioquímica hepática que se les realice el APRI y el Fib4
% pacientes seguidos en consulta de Digestivo sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite APRI y Fib4 y se les realice
% pacientes seguidos en consulta de Medicina Interna sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el Fib4 y se les realice
% de pacientes con concordancia en la clasificación según ambos índices.
%Porcentaje de pacientes con grado de fibrosis elevado (F3-F4) que son derivados, evaluados y atendidos en consulta de digestivo.
% de pacientes con esteatohepatitis no alcohólica diagnosticados de fibrosis avanzada a partir de la incorporación de marcadores serológicos a los que se les ha realizado a posterior una biopsia hepática

DURACIÓN
Primer semestre:
Inclusión en la bioquímica general de los índices séricos.
Establecer puntos de corte en dependencia del tipo de paciente para poder clasificar el grado de fibrosis.
Comunicación con primaria y especializada para conocer la implantación de los nuevos índices séricos y su interpretación.
Segundo semestre:
Puesta en marcha del proyecto.
Al final del semestre valoración de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1278

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1344

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA COSCOJUELA QUIROGA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARRO CALVILLO MARA
PEREZ RALUY ANA
GRASA CERA CONCEPCION
CARREÑO GARCIA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cumpliendo el calendario previsto, entre abril y mayo de 2019, se elabora un documento, soporte impreso de papel en tamaño dina 4, con una tabla de fácil cumplimentación que se retoca en varias ocasiones, recogiendo las distintas aportaciones del personal del servicio de endoscopias, como habilitar una espacio para la colocación de una etiqueta del paciente, lo que agiliza más la recogida de los datos.

Posteriormente se distribuye dicho documento en las distintas salas de trabajo, de forma que resulte accesible su uso en el curso de una exploración endoscópica.

Se numera un total de 100 impresos, para comprobar que se van utilizando y en el momento de redactar esta memoria los formularios que se están utilizando ya no poseen numeración, lo que objetiva que son de impresiones sucesivas, ya utilizados los documentos de la primera tirada impresa.

Se evalúa dónde es más conveniente el archivo de esta tabla de recogida de datos y finalmente se opta por guardarla junto con el informe escrito de la endoscopia digestiva, el consentimiento y la hoja de registro de enfermería de endoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La tabla de recogida de datos sobre las polipectomías endoscópicas, les resulta de fácil cumplimentación al personal auxiliar de enfermería encargado de rellenarlo en el área de endoscopias, mejorando el previo apunte en papel sin un formato concreto a tal efecto y sin que se archivase como registro.
Revisadas cinco historias de forma aleatoria, durante dos mañanas en la que se trabaja a dos salas con citación completa de endoscopias, se demuestra que se ha adjuntado el documento de recogida de datos, en todas las endoscopias en las que se realizó la terapéutica de polipectomía.
El personal médico endoscopista de la unidad, evalúa como positiva la aportación del documento a la hora de la redacción de los informes endoscópicos.
Además facilita la realización de comprobaciones sobre discrepancias con los frascos de las muestras obtenidas, con el servicio de Anatomía Patológica, convirtiéndose en una herramienta útil para minimizar los errores que pudieran derivarse de las mismas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El documento de recogida de datos específicos sobre las polipectomías endoscópicas se está instaurando dentro la rutina de funcionamiento de la unidad endoscopias digestivas en el hospital de Barbastro.
Tiene una especial relevancia en las colonoscopias del programa de cribado de cáncer colorrectal, pues es en estas exploraciones, en las que se requiere de una mayor precisión en la recogida de las características de los pólipos resecados, para la posterior toma de decisiones terapéuticas y de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1344 ========== ***

Nº de registro: 1344

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTION DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO. SECCION DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1344

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
COSCOJUELA QUIROGA ANA, CHARRO CALVILLO MARA, PEREZ RALUY ANA, GRASA CERA CONCEPCION, CARREÑO GARCIA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todos los días se realizan numerosos procedimientos endoscópicos y en muchos de ellos, como parte del estudio del paciente, se obtienen muestras para su análisis anatomopatológico. También es creciente la extirpación de lesiones premalignas en programas tan eficaces y extendidos como es el de cribado de cáncer colorrectal. Así pues, es fundamental sistematizar la anotación detallada de las muestras obtenidas

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto se dirige a todos los pacientes a los que se realiza una endoscopia digestiva con la toma de muestras o resección de lesiones mucosas. Se espera conseguir sistematizar y homogeneizar el registro en papel, de las muestras obtenidas en cada endoscopia, para mejorar la redacción exacta del informe de dicho procedimiento.

MÉTODO
.- Elaboración de un documento que resulte sencillo y rápido de cumplimentar durante la propia exploración endoscópica, que recoja los ítems fundamentales para identificar correctamente las muestras obtenidas.
.- Divulgación de dicho documento a todos los componentes de la unidad de endoscopias digestivas.
.- Añadir modificaciones a dicho documento según se observen puntos de mejora con la utilización del mismo y aportaciones que puedan resultar útiles.

INDICADORES
.- Evaluar si al personal auxiliar de enfermería le resulta ágil la cumplimentación del documento.
.- Revisar en una muestra representiva de informes endoscópicos si se encuentra adjunto el documento elaborado, demostrándose así su implantación en el servicio como una rutina más.
.- Encuestar al personal médico endoscopista de la unidad, si les resulta de valor el contar con el documento para realizar el informe de forma más precia y minimizando los errores que pueden derivarse de la realización de varias endoscopias seguidas durante la jornada.

DURACIÓN
Abril-Mayo 2019 …Elaboración del documento en el servicio de endoscopias por el personal implicado.
Mayo-Septiembre 2019….Distribución de dicho documento en las distintas salas de trabajo, de forma que resulte accesible su uso en el curso de una exploración endoscópica. Asegurarse de que todo el personal es conocedor del documento y recogida de aportaciones y mejoras.
Octubre de 2019...comenzar la evaluación de resultados con la encuesta de los facultativos endospistas y revisando hospital para comprobar si se ha adherido el personal la utilización del nuevo documento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0397

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA PUYAL MELE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO LASIERRA JAVIER
CUELLO ACIN DANIEL
MUÑOZ MUR EUGENIO
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA
VARELA LEMUS ANA
PESQUER VILAS ISABEL
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
reuniones entre componentes de equipo, consenso, realización del protocolo y difusion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
realización e implantación del protocolo de alertas sanitarias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
sistematización y protocolización en la resolución de alertas sanitarias

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/397 ========== ***

Nº de registro: 0397

Título
PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANIRATIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIEMTOS

Autores:
PUYAL MELE ANA, CUELLO ACIN DANIEL, VARELA LEMUS ANA, PESQUER VILA ISABEL, BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, MUÑOZ MUR EUGENIO, CABRERO LASIERRA JAVIER, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las alertas o situaciones que requieren especial vigilancia o atención por sus potenciales consecuencia son frecuentes en el ámbito sanitario. Las referidas a productos sanitarios tienen una frecuencia elevada y una temática diversa. Con este motivo se debe de generar un circuito para tratar de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones para asegurar que las alertas lleguen a sus destinatarios, evitar redundancias, poner en marcha las medidas necesarias cuando sean precisas y llevar un registro necesario.

RESULTADOS ESPERADOS
Registro de datos . % de alertas registradas/alertas recibidas =100%
Resolución de alertas %de alertas resueltas/total de alertas recibidas =100%
Realización de un protocolo

MÉTODO
Marzo. Reunión del equipo motor lluvia de ideas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0397

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS

Abril. Reunión para realización del protocolo
Mayo Reunión para realización de los hojas de registro y modo de registro
Junio Presentación del protocolo definitivo a la Unidad del calidad del Sector para su aprobación
Septiembre-Diciembre Difusión al protocolo e implantación

INDICADORES
% de alertas registradas/alertas recibidas =100%
%de alertas resueltas/total de alertas recibidas =100%
Realización de un protocolo SI

DURACIÓN
1 AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0323

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURGASE ESTALLO MARIA IRENE
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA
ORTE ALDEA CARMEN
PUYUELO AVENTIN ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Recogida de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
2-Valoración nutrición de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
3-Tratamiento nutricional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
4-Seguimiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
5-Análisis de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de desnutrición según VGS-GP. Se estudiaron 12 pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello en el año 2019.
El estado nutricional de los pacientes fue valorado mediante la herramienta VGS-GP. La VGS-GP mostró una desnutrición moderada/severa del 64,2% . El 98% de los pacientes presentó complicaciones secundarias, siendo la disfagia el síntoma más frecuente.
Las categorías B y C se observaron con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino, de edades avanzadas, en estadiosIII/IV de la neoplasia, así como en pacientes sometidos a cirugía y quimioterapia y con cáncer en faringe, cavidad oral y esófago proximal. Según la VGS-GP más de la mitad de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello presentaron desnutrición moderada o severa ("categorías B y C"). El IMC medio fue de 21,7 y el 100% a precisado soporte nutricional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la comunicación entre especialidades y la derivación temprana de este grupo de pacientes a Endocrinología para establecer el tratamiento nutricional lo mas pronto posible y disminuir así la morbi-mortalidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/323 ========== ***

Nº de registro: 0323

Título
EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, BURGASE ESTALLO MARIA IRENE, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA, PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR, ORTE ALDEA CARMEN, PUYUELO AVENTIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un elevado porcentaje de estos pacientes oncológicos presentan algún grado de desnutrición. Así, en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0323

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

momento del diagnóstico, entre un 30-80% de los pacientes presentan una pérdida de peso involuntaria. En el estudio PREDyCES, que valoraba la desnutrición en pacientes hospitalizados en el territorio español, se realizó un subanálisis de los pacientes oncológicos, que objetivó que el 33,9% se encontraba en riesgo nutricional al ingreso, y la prevalencia aumentaba hasta el 36,4% al alta.
El estado nutricional tiene un importante efecto sobre los pacientes con cáncer. La desnutrición en estos pacientes se ha asociado a una peor calidad de vida, a una menor respuesta a los tratamientos onco-específicos y a una mayor toxicidad, a estancias hospitalarias más prolongadas, y en consecuencia a un incremento de los costes sanitarios. La expresión máxima de desnutrición en el cáncer es la caquexia tumoral, que puede observarse hasta en el 50% de los pacientes oncológicos, y que será responsable directa o indirectamente de la muerte de hasta un tercio de los pacientes con cáncer.
Por todo ello, una detección e intervención precoz para prevenir la desnutrición y la caquexia cancerosa o su empeoramiento es vital para evitar sus consecuencias deletéreas.
En la actualidad, existe una alta variabilidad en la práctica clínica en nutrición que podría afectar al estado nutricional de los pacientes oncológicos. La implementación de protocolos para la valoración del estado nutricional

RESULTADOS ESPERADOS
Estudio sobre la prevalencia de la desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello al diagnóstico.
Diagnóstico temprano de la desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello
Valoración nutricional completa en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
Abordaje y tratamiento temprano en pacientes con riesgo nutricional elevado en cáncer de cabeza y cuello.

MÉTODO
Screening nutricional en consulta de primer día en pacientes con cáncer de cabeza y cuello a través de Test de screning de NRS 2002
En pacientes con screening positivo valoración nutricional a través de Test VSG-GP.
Evaluación y seguimiento nutricional de estos pacientes en la consulta de endocrinología y nutrición.

INDICADORES
Estudio de prevalencia de desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello
Evolución nutricional a través de marcadores nutricionales: peso, IMC, albúmina.
% de paciente que han precisado nutrición artificial
Evolución, complicaciones y mortalidad

DURACIÓN
Inicio de reclutamiento de pacientes a partir de marzo 2019-02-20
Evaluación de resultados en enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0742

1. TÍTULO

INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAULA GOMEZ RIVAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una revisión de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados y dispensados por el Servicio de Farmacia en los últimos 10 años, a través del registro de fórmulas elaboradas.
Con dicha información se han seleccionado las fórmulas magistrales y preparados oficinales que con más frecuencia se elaboran en el Servicio de Farmacia, confeccionado un listado normalizado. Se han descartado aquellas fórmulas magistrales que sólo se han elaborado en una ocasión o para un solo paciente en los últimos 10 años, y aquellas que han dejado de estar en uso por otras alternativas terapéuticas o cambio en los procedimientos terapéuticos.
Para la gestión informatizada de la formulación magistral, se ha realizado la configuración necesaria en los sistemas de información del Servicio de Farmacia:
- En el programa Maestro de Gestión de medicamentos (Farmatools)se han creado:
- las fichas de cada medicamento (fórmula magistral/preparado oficinal)
- las fichas de los principios activos y excipientes (reactivos) necesarios para la elaboración de las fórmulas magistrales y preparados oficinales.
- En el programa Mezclas (Farmatools) se han definido las características, composición, condiciones de conservación y validez de cada fórmula magistral y preparado oficinal.
Se ha redactado el procedimiento normalizado de trabajo para la configuración de nuevas fórmulas magistrales, preparados oficinales, principios activos y excipientes (reactivos) en el programa “Maestro” y para la generación del stock elaborado en el programa de “Mezclas” de Farmatools. Este procedimiento se ha incluido como Anexo VI en el “PNT_PG_013_02 Documentación”
Se han adaptado los procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales al nuevo sistema de gestión informatizada (“PNT_PG_013_02 Documentación”)
Con respecto a los pactos de botiquín de las unidades de enfermería, se ha realizado una revisión y análisis del consumo y las necesidades en cada una de ellas. Se han incluido los preparados oficinales más usados en el pacto de cada unidad de enfermería, para facilitar la solicitud y dispensación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han seleccionado 40 fórmulas magistrales para incluir en el listado normalizado de entre las 65 elaboradas en los últimos 10 años. Todas ellas han sido configuradas en los sistemas de información del Servicio de Farmacia:

- Indicador: Nº fichas de fórmulas magistrales y preparados oficinales creados/ Total de fórmulas y preparados estandarizados: 40/40.

Se han revisado los pactos de botiquín, incluyendo los preparados oficinales para los que se ha consensuado que es posible disponer de stock en las unidades de enfermería:

- Indicadores:
o Nº de preparados oficinales incluidos en pactos de botiquín: 7
o Nº de pactos modificados: 7

Se ha modificado el procedimiento normalizado de trabajo “PNT_PG_013_02 Documentación” para incluir el nuevo modo de gestión informatizado de estos medicamentos:

- Indicador: Adaptación de procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales: SI

Dado que las nuevas fórmulas magistrales se han ido incorporando al nuevo sistema de trabajo se ha conseguido gestionar informáticamente el 100% de estos medicamentos:

- Nº de fórmulas magistrales y preparados oficinales gestionados informáticamente/ total de fórmulas y preparados estandarizados dispensados: 977/977

Todos los indicadores han sido calculados a través de la explotación de informes emitidos por el programa de Gestión Económica del Servicio de Faramcia (Farmatools)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0742

1. TÍTULO

INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión informatizada de las fórmulas magistrales y preparados oficinales permite aumentar la calidad y seguridad en la elaboración, prescripción y dispensación de estos medicamentos, ya que se realiza de un modo estandarizado y controlado.
Este sistema además nos permite obtener información en tiempo real sobre las fórmulas magistrales prescritas, así como analizar la evolución del consumo por stock, para realizar una previsión de las necesidades de elaboración, mejorando de este modo la gestión de recursos en el Laboratorio de Farmacotecnia y reduciendo los tiempos de dispensación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/742 ========== ***

Nº de registro: 0742

Título
INTEGRACION DE LA FORMULACION MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La formulación magistral es una de las áreas más representativas del origen de la profesión farmacéutica y constituye una de las actividades en las que el farmacéutico puede aportar su conocimiento tanto galénico como clínico para optimizar el tratamiento de los pacientes.
En el Laboratorio de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se elaboran tanto fórmulas magistrales como preparados oficinales para cubrir las necesidades terapéuticas de pacientes ingresados, ambulantes y externos.

Además, actualmente la elaboración y dispensación de este tipo de medicamentos está en crecimiento ya que nos permite cubrir lagunas terapéuticas no satisfechas por los medicamentos industriales. La formulación magistral es útil para disponer de alternativas terapéuticas en situaciones de desabastecimiento, enfermedades raras o situaciones clínicas en las que no podemos usar los medicamentos comerciales (dificultades de deglución, dosificaciones pediátricas, etc.)

Según la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, tanto las fórmulas magistrales como los preparados oficinales tienen la consideración legal de medicamentos, y por tanto debemos gestionarlos del mismo modo que cualquier otro medicamento elaborado por la industria farmacéutica.

Tradicionalmente han sido gestionados mediante sistemas manuales y en papel (registros de elaboración y dispensación en papel, recetas manuales, etc…) debido a su carácter de “medicamento artesanal” y elaboración al momento según demanda.

Este proyecto de mejora pretende incorporar la gestión completa de la formulación magistral (prescripción, elaboración, gestión de stocks y dispensación) al sistema informático de gestión del Servicio de Farmacia, de modo que todo medicamento elaborado en nuestro Laboratorio de Farmacotecnia pueda ser prescrito electrónicamente o solicitado informáticamente en los pactos de botiquines.

RESULTADOS ESPERADOS
- Estandarización de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados en el Laboratorio de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro
- Definición de stocks máximos y mínimos de cada producto, aumentando la calidad y seguridad en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0742

1. TÍTULO

INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

elaboración
• Prescripción electrónica de las fórmulas magistrales y preparados oficinales estandarizados, aumentando la calidad y seguridad en la prescripción
• Dispensación electrónica de las fórmulas magistrales y preparados oficinales estandarizados, aumentando la calidad y seguridad en la dispensación.

MÉTODO
• Revisión de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados y dispensados por el Servicio de Farmacia en los últimos 10 años
• Confección de un listado de fórmulas magistrales y preparados oficinales a elaborar por el Servicio de Farmacia
• Creación de la ficha de cada medicamento en el programa Maestro" de gestión de medicamentos (Farmatools)
• Creación de las fichas de los principios activos y excipientes (reactivos) necesarios para la elaboración de las fórmulas magistrales y preparados oficinales, en el Maestro de Gestión de medicamentos.
• Definir las características, composición, condiciones de conservación y validez de cada fórmula magistral y preparado oficinal en el programa de "Mezclas" de Farmatools.
• Establecer el procedimiento para la generación del stock elaborado en el programa de "Mezclas" de Farmatools
• Adaptar los procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales al nuevo sistema de gestión informatizada
• Inclusión de los preparados oficinales más usados en cada unidad de enfermería en sus correspondientes pactos de botiquín.

INDICADORES
Nº fichas de fórmulas magistrales y preparados oficinales creados/ Total de fórmulas y preparados estandarizados

Nº de preparados oficinales incluidos en pactos de botiquín y nº de pactos modificados

Adaptación de procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales SI/NO

Nº de fórmulas magistrales y preparados oficinales gestionados informáticamente/ total de fórmulas y preparados estandarizados dispensados

DURACIÓN
- Primer trimestre: revisión y listado
- Segundo trimestre: creación de fichas y definición de características en Famatools
- Tercer trimestre: modificación de los procedimientos de prescripción y dispensación
- Cuarto trimestre: Evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
EITO CUELLO JUAN
GRIABAL GRACIA MANUEL
OTTO NOGUERO MARIA PAZ
SICART LONCAN SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para la prescripción electrónica en el Servicio de Urgencias ha sido necesario combinar el programa Farmatools® con el programa propio de Urgencias PCH®. Para ello el médico, desde la propia aplicación de urgencias PCH®, se accede -en el momento de la prescripción médica- a Farmatools® para introducir los medicamentos. Después los medicamentos prescritos pueden visualizarse desde PCH® por las enfermeras. Además, el Servicio de Urgencias dispone de estaciones de almacenamiento de medicamentos PYXIS que pueden recibir la prescripción realizada por el médico desde el programa informático.
A esta combinación de programas informáticos, se suma la idiosincrasia propia del Servicio de Urgencias: la atención urgente, las situaciones críticas, la saturación y ser la puerta de entrada a las unidades de hospitalización.

En nuestro hospital la relevancia del proyecto radica no sólo en la interconexión entre PCH® y Farmatools® y entre éstos y PYXIS, también, en la adecuación de estos sistemas al aplicativo de prescripción electrónica PresSalud® (del que fuimos pioneros, utilizandose en la unidad de medicina interna del centro desde 2018, y desde 2019 también en los controles de especialidades y unidad de continuación asistencial) y que está integrado en la plataforma de HCE.

El proyecto se inició con una reunión con las partes implicadas: Servicio de Urgencias, Servicio de Farmacia, Servicio de Informática, responsable en servicios centrales del programa informático PCH® y Dominion (empresa responsable tanto del programa Farmatools® como del aplicativo PresSalud®). En esta reunión se establecieron las tareas de cada una de las partes implicadas y se fijó un calendario preliminar de implantación para mayo-junio de 2019.

A partir de este momento se iniciaron los trabajos previos a la implantación:

- Creación y alta de usuarios en el programa (usuarios de enfermería creados 35, usuarios médicos creados 40).
- Adecuación de los distintos parámetros del programa (horas de administración de la medicación, protocolos de sueros, protocolos de nebulizadores, creación de nuevas fichas como “AA Medicamento error” y “Medicamento no incluido en guía aportado por paciente”, modificación de fichas ya existentes para mejorar la usabilidad del programa).
- Gestiones con Grifols, la empresa responsable de PYXIS ®, para realizar la conexión de dichas máquinas de almacenamiento con la prescripción electrónica.
- Coordinación y nuevos circuitos de trabajo para el personal implicado: médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares de farmacia, administrativos de admisión, supervisoras de guardia, etc. Se definieron cuáles iban a ser las funciones y responsabilidades de cada uno de ellos en cuanto a la prescripción, administración de medicamentos y procesos para el ingreso del paciente desde Urgencias hasta la unidad de hospitalización correspondiente.
- Validación del proceso en un entorno pruebas que combinaba los programas de PCH® y Farmatools® y en el cual pudimos observar algunas de las peculiaridades de la interconexión entre ambos programas. Por ejemplo, hubo que modificar las pautas condicionales (si dolor, si náuseas o vómitos etc. porque en PCH todas ellas se traducen como “si precisa”). También detectamos que la “dosis única” no aparece como tal en la visualización desde PCH, para intentar salvar este inconveniente hicimos mucho hincapié en las sesiones formativas.

Una vez validado el entorno pruebas pasamos a preparar la formación de los usuarios. Para ello se instaló el entorno pruebas en los equipos del aula de formación y se confeccionaron distintos materiales de soporte como vídeos, fichas resumen, presentaciones y manuales.

Las sesiones formativas fueron programadas a primera hora desde el 25 de septiembre al 1 de octubre para facultativos, en el aula con el entorno pruebas. La formación de enfermería se realizó en 5 sesiones a primera hora del 3 al 8 de octubre. En todos los casos los profesionales acuden por tandas para evitar dejar el Servicio desatendido.

Finalmente, la implantación se realizó en noviembre de 2019. El retraso se produjo por varias circunstancias, en junio de 2019 no estaba disponible el módulo de pruebas ya que se estaba ejecutando en otro hospital y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

tras el verano, (cuando ya se habían realizado todas las sesiones de formación) hubo que realizar cambios en la aplicación del censo y una actualización del programa Farmatools® que necesariamente, tenían que hacerse antes de la puesta en marcha.

Durante las primeras semanas del proyecto, fue necesario que todos los agentes implicados trabajasen de manera coordinada y el farmacéutico permaneció en el Servicio de Urgencias durante toda la jornada varias semanas, para atender las dudas e incidencias que se fueron presentando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La necesidad de implantar la prescripción electrónica asistida (PEA) en Urgencias surgió por el hecho de que esta unidad constituye la puerta de entrada a la hospitalización. De esta manera, aunque comenzamos implantando la PEA en la unidad de Medicina Interna, una vez que el paciente llegaba a la planta desde Urgencias era necesario que el médico de guardia transcribiese desde el papel el tratamiento del paciente que ingresaba. Tras realizar este proyecto no sólo hemos resuelto esta circunstancia, sino que hemos aumentado la seguridad y eficiencia del proceso de prescripción en el propio Servicio de Urgencias, al dotar a los prescriptores de alertas (por duplicidad, alergias, interacciones, sobredosificación) y facilitar la adecuación de la medicación domiciliaria a los medicamentos disponibles en el hospital (agilizando así el trabajo de enfermería).
El impacto del proyecto ha tenido mayor repercusión de la esperada, ya que no sólo los médicos pertenecientes al Servicio de Urgencias prescribían tratamientos, sino que los médicos de especialidades quirúrgicas en las cuales aún no estaba implantada la PEA también introducen los tratamientos cuando el paciente se encuentra en urgencias. Por ello hubo que formarles en las semanas posteriores a la puesta en marcha. Sin embargo, esto ha supuesto un adelanto a la consiguiente implantación de la PEA en las unidades de hospitalización quirúrgicas que aún continuaban prescribiendo en papel.
Está pendiente la conexión de las máquinas PYXIS con la prescripción por un problema exclusivamente presupuestario pendiente de resolver.
En cuanto a los indicadores:
- Nº de reuniones presenciales con la supervisora de Urgencias: 5
- Nº de reuniones presenciales con el jefe de Urgencias: 7
- Nº de reuniones del equipo: 4
- Nº de instrucciones de trabajo/manuales creados: 3
  - Vídeo para enfermería donde se muestra el proceso de copiar y pegar los cuidados de enfermería cuando el paciente pasa a planta
  - Presentación powerpoint para formación de personal de enfermería de urgencias
  - Manual de prescriptores médicos para el acceso a la aplicación Farmatools® desde el programa PCH® y la introducción de medicamentos en el programa Farmatools®
- Nº de incidencias reportadas a Dominion:
  - Errores con la aplicación del censo (los pacientes seguían apareciendo o no se encontraban) en las diferentes aplicaciones Farmatools®, PresSalud®, PCH®
  - Los usuarios no pueden cambiar su contraseña por una que contenga números letras y caracteres, tienen que acudir al administrador.
  - Desde la implantación de las modificaciones para la implantación en urgencias se ha alterado la visualización de la última fecha de validación médica en el programa Farmatools®

(Además de estas incidencias propias de urgencias se reportaron otras incidencias del aplicativo PresSalud® y Farmatools® que se produjeron tras las actualizaciones. No se han recogido en este documento por no considerarse relacionadas con el asunto de la memoria)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consecución del proyecto nos ha hecho replantearnos la estrategia de implantación de la PEA en nuestro centro. Quizá deberíamos haber comenzado con la implantación de la PEA en Urgencias (que es la puerta de entrada a la hospitalización) en lugar de haber comenzado por Medicina Interna. Sin embargo, la cantidad de profesionales médicos que acuden a urgencias a prescribir desde sus diferentes servicios hace difícil responder a esta pregunta. En este sentido, el hecho de que los especialistas de unidades quirúrgicas (sin PEA) vayan a Urgencias a prescribir tratamientos cuando el paciente aún se encuentra en la sala de observación de urgencias ha supuesto que hayamos tenido que formar a muchos prescriptores de cirugía, traumatología y urología con los que a priori no contábamos, ya que entendíamos que los tratamientos de los pacientes de observación correspondían a los médicos de urgencias hasta que fuesen trasladados a la planta.
En general, la informatización de los sistemas sanitarios representa un reto y la adaptación de los distintos programas informáticos a cada una de las peculiaridades clínicas no siempre se combina adecuadamente. En este sentido, uno de los grandes retos del proyecto que lo ha hecho diferente a otras experiencias en nuestra CCAA es la combinación de PCH®, PYXIS, Farmatools® y PresSalud®.

Sobre la interconexión con PYXIS ya hemos comentado que no ha sido posible, sin embargo, la interconexión entre PCH® - pensado para atender pacientes en urgencias- y Farmatools® -pensado para prescribir, dispensar y administrar medicamentos- adolece de ciertas deficiencias que hemos intentado resolver de manera ingeniosa.

Por un lado, el hecho de que el médico prescriba desde Farmatools® y la enfermera lo vea en PCH®. Esto tiene sus peculiaridades: las dosis únicas no aparecen reflejadas como tal, los cuidados de enfermería aparecen al principio y al final, todas las pautas condicionales se traducen como “si precisa”, las observaciones a los medicamentos deben consultarse al final del tratamiento, hay que fijarse bien y diferenciar entre la descripción del medicamento y la dosis que se quiere administrar de éste…

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

Por otro lado, el tratamiento en urgencias se prescribe desde el programa Farmatools® y en las plantas de hospitalización están utilizando PresSalud®. Por ello, hasta que todo se encuentre integrado en la HCE bajo una misma interfaz, el usuario debe manejar y aprender dos visualizaciones diferentes del programa de prescripción. De esta manera los médicos de especialidades quirúrgicas que han aprendido a prescribir en urgencias con el programa Farmatools® deberán adaptarse a las peculiaridades de PresSalud® en la planta y viceversa, los médicos que ya estaban acostumbrados en sus plantas a esta herramienta se han tenido que adaptar a Farmatools® cuando han ido a prescribir a urgencias. Ante esta circunstancia ha sido crucial el apoyo del Servicio de Farmacia para resolver cuantas dudas e incidencias se han presentado.

Como dificultad añadida, hay que matizar que los programas Farmatools® y PresSalud® no sólo son diferentes visualizaciones, sino que en algunas prescripciones como fluidoterapia, asociaciones de medicamentos, infusores, etc. no funcionan de la misma manera. Este hecho ha dificultado muchísimo la creación de protocolos de perfusiones ya que deben visualizarse y entenderse correctamente en PCH®, Farmatools® y PresSalud® y es por ello que aún no hemos encontrado una opción satisfactoria.
Independientemente de los problemas de interconexión entre los diferentes programas, nos hemos encontrado con que los programas carecen de algunas características indispensables. Por ejemplo, en Farmatools® tuvimos que crear la ficha "AA Medicamento error" porque si no, al escribir el nombre de un medicamento que no está disponible o no es correcto, el programa da por defecto el primer medicamento de la lista, siendo esto un gran problema de seguridad.
Asimismo, hemos tenido que crear una ficha "Medicamento no guía aportado por paciente" para que el médico pueda prescribir medicamentos que el paciente aporta desde su domicilio y que no se encuentran en el hospital, como inhaladores o insulinas específicos de difícil adecuación o sustitución por los medicamentos disponibles.
Además, tras la puesta en marcha de los programas de PEA desde el Servicio de Farmacia hemos detectado la necesidad de transformar la nomenclatura de los medicamentos para evitar errores: ya sea entre diferentes presentaciones (por ejemplo detectamos una mayor prescripción de paracetamol efervescente y era porque aparecía antes que paracetamol comprimidos en el listado que se ordena alfabéticamente) o para encontrar medicamentos por nombre comercial cuando están por principio activo (por ejemplo, "enoxaparina 40 mg sc (clexane)".
Otro de los problemas de los sistemas de información en los centros sanitarios es el acceso de los usuarios, ya que los programas no comparten una base común de usuarios, sino que hay que volver a crearlos en el nuevo programa. Esto tiene como problema que el usuario es el único que conoce sus claves personales por lo que hay que contactar uno por uno para que las introduzca.
Una diferencia con la implantación de la PEA en las plantas es el hecho de que los profesionales de urgencias ya trabajasen con el programa PCH®. Al estar acostumbrados a manejar ordenadores y programas informáticos nos ha facilitado la implantación y además la dotación de impresoras y ordenadores no ha aumentado. Sin embargo, el uso de ordenadores estáticos sigue sin ser práctico para el personal de enfermería que se desplaza a la cama de los enfermos y a coger material y medicación constantemente.
Finalmente, tras la realización del proyecto nos gustaría volver a insistir en que el uso de programas informáticos en la asistencia sanitaria no debe sustituir la comunicación entre los distintos profesionales sobretodo la comunicación enfermera-médico, de tal manera que al actualizar la prescripción del medicamento la enfermera tenga constancia del cambio y se ejecute. No obstante, esta comunicación oral no debe paliar las deficiencias del programa, es decir, el medicamento debe quedar prescrito y administrarse siguiendo la prescripción y registrando en el programa cuantos matices sean necesarios. Esto es importante no sólo para que exista un registro único y que cualquier médico, enfermera o farmacéutico sepa exactamente qué y cómo se está administrando sino también porque legalmente lo que queda registrado en el programa es lo que se ha administrado al paciente ante cualquier consulta posterior o traslado.
Como conclusión, la llegada de los sistemas informáticos a las tareas de prescripción y administración de medicamentos supone un aumento de la eficiencia y la seguridad. Sin embargo, aún queda mucho por mejorar tanto en la unificación o la interconexión de las diferentes aplicaciones informática y, el tipo de dispositivos, como en su correcta utilización por parte de los usuarios.

7. OBSERVACIONES.
La Farmacéutica Carmen Marina Castiella realiza las tareas de la farmacéutica Paula Gomez que se trasladó al Hospital Clínico en Julio de 2019, sin embargo no se ha podido poner entre los miembros ya que está completo el número de participantes. No obstante ambas personas han colaborado estrechamente en este proyecto, una en las tareas previas a la implantación y la otra durante el proceso de implantación que se llevó a cabo tras el verano. Por ello nos gustaría solicitar, si es posible, certificado para Carmen Marina Castiella.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1150 ========== ***

Nº de registro: 1150

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACION PCH-FARMATOOLS-PYXIS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, EITO CUELLO JUAN, GRIABAL GRACIA MANUEL, OTTO NOGUERO MARIA PAZ, SICART LONCAN SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que acuden a Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias supone la puerta de entrada de los pacientes a la atención especializada, y por ello tiene un papel estratégico en la gestión de los pacientes que posteriormente ingresan en el hospital.
Actualmente el Servicio de Urgencias dispone del aplicativo PCH en el cual pueden introducirse tratamientos de manera electrónica. Sin embargo, no se trata de un sistema PEA ya que la prescripción se introduce en un campo de texto libre, lo que supone un riesgo de errores, duplicidades y prescripciones que no se adecúen a la guía farmacoterapéutica. También dispone de una estación de dispensación automática de medicamentos (PYXI) no integrada con el programa de prescripción.
Para que la reciente implantación del sistema PEA Pressalud® en la unidad de medicina interna de nuestro centro resulte eficiente, se ha puesto de manifiesto la imperativa necesidad de que a los pacientes que ingresen desde el Servicio de Urgencias les sean prescritos los tratamientos desde el propio Servicio de Urgencias utilizando la PEA, evitando así que el internista de guardia deba asumir la transcripción de tratamiento desde el papel al llegar a planta.
Además, disponer de un sistema de prescripción electrónica en urgencias ligado a la guía farmacoterapéutica del centro presenta otras ventajas como: la adecuación de los tratamientos a los medicamentos disponibles en el hospital, disponer de las dosis, formas farmacéuticas y alertas por duplicidad y alérgicas, así como otras alertas definidas en las bases de datos de farmacia.
Sin embargo, la implantación en el Servicio de Urgencias supone un gran reto, fundamentalmente por la premura con la que debe actuarse, razón por la cual las horas de administración pueden ser diferentes a las de las plantas de hospitalización y es mayor el número de protocolos que se manejan en esta unidad. A parte de esto, se suman dos retos informáticos/logísticos: por un lado combinar no sólo PCH con Farmatools® sino con la plataforma Pressalud® desde la cual se trabaja en las plantas de hospitalización, y por otro la integración del sistema con los PYXIS.

RESULTADOS ESPERADOS
Mediante la integración de PCH con Farmatools®/Pressalud® que se realizará con este proyecto se espera que la prescripción de los tratamientos desde urgencias y su transición a planta tengan una mayor eficiencia y seguridad.

Esta intervención recaerá sobre los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y que sean subsidiarios de ingreso hospitalario en nuestro centro.
El proyecto que se desarrollará fundamentalmente en el Servicio de Urgencias tendrá repercusión en el resto de Servicios y Unidades que constituyen la hospitalización y principalmente en el Servicio y Unidad de Medicina Interna que trabaja desde 2018 con prescripción electrónica.
Objetivos del proyecto:
- Integración entre PCH y Farmatools®/Pressalud®
- Adaptación de la PEA a las características del Servicio de Urgencias
- Formación del personal de urgencias y adaptación de los circuitos.
- Formación del personal de farmacia y adaptación de los circuitos.
- Evitar transcripciones innecesarias e ineficientes por parte de los farmacéuticos y médicos de guardia.

MÉTODO
A continuación se describen las actividades previstas:
- Revisión de las opciones de parametrización del programa Farmatools® y adaptación al Servicio de Urgencias.
- Creación de protocolos
- Definición de nuevos circuitos de trabajo
- Sesiones formativas al personal implicado
- Implantación con presencia del farmacéutico en la unidad
- Seguimiento del proceso de implantación y resolución de incidencias

Para ello será necesario soporte informático tanto a nivel de software como de hardware e impresoras, una vez implantado se decidirá si se precisa actualizar o ampliar los equipos disponibles. Será necesario el soporte de los distintos proveedores informáticos de PCH Farmatools y PYXIS.
Las reuniones se realizarán con el equipo previo a la implantación y durante la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

INDICADORES
- Nº de reuniones presenciales con la supervisora de Urgencias
- Nº de reuniones presenciales con el jefe de Urgencias
- Nº de reuniones del equipo
- Nº de instrucciones de trabajo/manuales creados
- Nº de incidencias reportadas a Dominion

DURACIÓN
- Abril 2019: Revisión de las tareas previas requeridas por SSCC (adaptación del programa a Urgencias), creación de protocolos e instrucciones de trabajo. Sesiones formativas al personal de la unidad.
- Mayo 2019: Comienzo de la prescripción electrónica en urgencias. (Según incorporación de personal)
- A partir de entonces se mantendrá el proyecto, hasta que se dé por finalizada la fase de implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL VIDALLER PEDRO
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE
ROMERO ARPA MILAGROS
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones conjuntas con la participación de todos los componentes del equipo y los representantes de cada casa comercial interesada. En dichas reuniones se ha valorado las características de los diferentes autoanalizadores existentes analizando:
Las características técnicas de los autoanalizadores y su facilidad de manejo.
Análisis de los parámetros que aporta cada uno de ello
Valoración del número de reactivos necesarios para las determinaciones
La existencia o no de reglas de validación configurables por el usuario.
La posibilidad de realizar test reflejos automáticos
La seguridad para el manejo de las muestras de sangre.
Se han reevaluado, por parte del equipo, las necesidades del Servicio de Hematología a la vista de las posibilidades ofertadas y el crecimiento del número de determinaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Basándonos en las actividades indicadas se han modificado las prescripciones técnicas que debe incluir la oferta decidiendo que debe incluir además de lo especificado previamente:
- Un sistema automático para la gestión y clasificación de tubos en la pre y post- analítica. Deberá incluir al menos 3 bandejas de distribución con 3 áreas de distribución por bandeja (9 áreas físicas de distribución).

- Se precisa un proyecto de organización del nuevo equipamiento de modo adecuado para su correcto funcionamiento y ajustado a las instalaciones disponibles.

- En el caso de que sea necesario, para la realización de las pruebas, la adecuación de las instalaciones para su correcto funcionamiento, el adjudicatario deberá hacerse cargo de dicha adecuación.

- Programa de control de calidad internacional para el estudio comparativo interlaboratorios vía Internet, utilizando los resultados de los propios controles diarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración en equipo, incluyendo personal técnico de laboratorio, diplomados de enfermería y personal facultativo, ha permitido la elaboración de un pliego de especificaciones que se adecua de modo más satisfactorio para conseguir una trazabilidad del trabajo realizado, un flujo de trabajo acordes a los requerimientos y necesidades del laboratorio de Hematología

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/349 ========== ***

Nº de registro: 0349

Título
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años.
Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes.
Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultanea de los autoanalizadores disponibles.
Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro.
Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos.
Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

MÉTODO
Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos.
Publicar las especificaciones requeridas.
Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector.
Realización del informe técnico.
Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio.
Implantación de los nuevos autoanalizadores.
Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

INDICADORES
Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura.
Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica.
Reducción de costes por hemograma.

DURACIÓN
En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO QUEZADA LORIS
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
CATENA LACOMA MARIA JOSE
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
MOLES ALASTRUE JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La transfusión de concentrados de hematíes es una práctica clínica habitual, con un indiscutible beneficio, pero sin embargo es necesario que se efectúe de acuerdo con unas indicaciones ya que no está exenta de riesgos (errores, reacciones transfusionales, sensibilizaciones, transmisión de enfermedades). Es necesario considerar en cada caso los riesgos y beneficiones de la transfusión. Así mismo, es un recurso limitado, pues procede de donantes altruistas, por lo que no debería utilizarse en los pacientes que realimente lo precisen.
Para la elaboración de la guía de transfusión ha sido necesario revisar la evidencia científica disponible sobre la transfusión de hemoderivados, lo cual nos ha llevado desde marzo a junio de 2019.

Tras la lectura de la bibliografía disponible, el servicio de hematología ha valorado las necesidades de nuestro hospital y las peticiones que recibimos en nuestro servicio de Transfusión, concluyendo que es necesario instaurar unas recomendaciones para regular las indicaciones de la transfusión. Esas indicaciones se han sistematizado a través de charlas hospitalarias, y en las sesiones de la comisión de transfusión de nuestro hospital, además se han elaborado unas recomendaciones disponibles para los facultativos, enfermeras y TEL de nuestro hospital. Desde junio a octubre de 2019

Se han sistematizado unas recomendaciones sobre la prescripción de la transfusión, así como de las características e indicaciones de los componentes sanguíneos (junio a octubre 2019):

QUÉ DEBEMOS PENSAR ANTES DE PRESCRIBIR UNA TRANSFUSIÓN?
- Las transfusiones deberían prescribirse únicamente cuando es necesario subsanar un déficit en el transporte de oxígeno, o cuando se produce una disminución cuantitativa (número) o cualitativa (función) de los componentes sanguíneos (celulares o proteínas del sistema de coagulación).
- Generalmente no debería prescribirse una transfusión sin realizar con anterioridad un hemograma o una hemostasia, para ser conocedores de cuáles son los déficit que deberían ser corregidos.
- En general no debería prescribirse una transfusión en estados de ferropenia, y más aún cuando se trata de una mujer en edad fértil.

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN.
La solicitud de la transfusión es una prescripción médica que debe contener toda la información necesaria para efectuar una adecuada práctica transfusional. En toda solicitud o instrucción, debe detallarse toda la información que permita:
- Identificación del receptor de la transfusión: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo y localización.
- Indicaciones de la transfusión: Motivo de la transfusión y diagnóstico.
- Componente requerido: qué producto se solicita y la cantidad, así como especificaciones (por ejemplo si es necesario que sea irradiado…)
- Es fundamental que se identifique el médico prescriptor con letra clara, no es suficiente solo con una firma.
- Fecha y hora de la solicitud, y el grado de urgencia con la que se requiere que se efectúe la transfusión.
- Antecedentes del paciente: es necesario determinar si el paciente ha sido transfundido con anterioridad, su historia obstétrica, si tiene anticuerpos conocidos o si ha presentado algún evento adverso con anterioridad.
- Se recomienda que detallen los parámetros hematológicos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS E INDICACIONES DE LA TRANSFUSIÓN EN ADULTOS.
CONCENTRADOS DE HEMATÍES
CARACTERÍSTICAS:
- Plasma de los 450 ml de la unidad de sangre total (ST).

- Todas las unidades se someten a un proceso de desleucotización antes de almacenarse.

- Se conservan a 2-6ºC unos 35 días.

- Su volumen es de unos 300-350 ml.

- Cada unidad debería eleva la hemoglobina del paciente en 1gr/dl

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

INDICACIONES:
Su efecto terapéutico es elevar transitoriamente la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre en los pacientes con anemia.

Siempre debe investigarse la etiología de la anemia, y la transfusión deberían RESTRINGIRSE a las etiologías que carecen de un tratamiento alternativo (corticoides, hierro, ácido fólico, vitamina B12...), o a pacientes en los que la anemia produzca o pueda ocasionar signos/síntomas de hipoxia tisular.

Como norma general se transfundirá la dosis mínima para conseguir el efecto deseado. Debe evitarse la costumbre de transfundir concentrados de hematíes (CH) en dosis pares.

Anemia hemorrágica aguda:
• Resulta fundamental la corrección rápida del volumen sanguíneo con soluciones coloides o cristaloides.

• La indicación de la transfusión estará indicada cuando se haya producido una pérdida del volumen circulante mayor al 50% (>2000 ml en un adulto).

• En general cuando las cifras de hemoglobina sean inferiores a 7-8 gr/dl en un adulto, aunque en los pacientes con peor tolerancia a la anemia (ancianos, cardiópatas…), deberían procurarse niveles de hemoglobina superiores.

Anemia crónica:
• Sólo debería transfundirse cuando la anemia es sintomática o es refractaria al tratamiento etiológico.

• Pacientes asintomáticos: Si no factores de riesgo, debería evitarse la transfusión si hemoglobina > 7-9 g/dl.

• Pacientes sintomáticos: Generalmente no indicada si hemoglobina > 8 g/dl.

Pacientes con factores de riesgo cardiovascular (++enfermedad coronaria): los niveles de hemoglobina son más altos, de 9 gr/dl.

CONCENTRADOS DE PLAQUETAS
CARACTERÍSTICAS
- Se obtiene tras el fraccionamiento de una unidad de ST, o a través de la aféresis de un único donante. Lo más frecuente es su obtención constituyendo pooles de 4-7 donantes.

- Las unidades son sometidas a un proceso de desleucotización antes de almacenarse.

- Se conservan a 22º en agitación continua, durante 5 días.

- El volumen del concentrado es de 300-350 ml.

- La transfusión de un concentrado de plaquetas debería aumentar la cifra de plaquetas en torno a 25-40 x 109/L.

INDICACIONES
Transfusión PROFILÁCTICA de plaquetas:
• Pacientes estables con trombocitopenia aguda de origen central:
Se recomienda realizar transfusión profiláctica de plaquetas con cifras < 10 x 109/L.

• Pacientes estables con trombocitopenia crónica de origen central:
Se sugiere efectuar transfusión profiláctica de plaquetas si se presentan cifras < 5 x 109/L.

• Pacientes NO estables con trombocitopenia central aguda o crónica:
(No estables = fiebre, signos de hemorragia, infección, alteraciones en la coagulación…). Valorar la transfusión profiláctica de plaquetas con cifras < 20 x109/l.

Transfusión PROFILÁCTICA de plaquetas en pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos o cirugías:

Cirugías y/o procedimientos invasivos MAYORES:
• Realizar transfusión profiláctica de plaquetas para mantener una cifra de plaquetas > 50 x 109/l.

• Transfusión profiláctica para lograr cifra de plaquetas > 80 x109/l en pacientes sometidos a procedimientos que conllevan un riesgo elevado de hemorragia en el SNC o en el globo ocular.

Cirugías y/o procedimientos invasivos MENORES:
• Realizar transfusión de plaquetas para lograr una cifra > 20 x 109/L.

Transfusión PROFILÁCTICA de plaquetas en pacientes con trombocitopenia PERIFÉRICA :
• Evitar la transfusión de plaquetas (PTI, PTT, SHU).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Transfusión TERAPÉUTICA de plaquetas:
En hemorragia y el recuento plaquetario es inferior a 50 x 109/l, en ausencia de otras alteraciones funcionales.

PLASMA FRESCO CONGELADO:
CARACTERÍSTICAS
- Se obtiene tras el fraccionamiento de una unidad de ST o a través de la aféresis en un único paciente.

- Se somete a procesos de inactivación viral: fotoinactivación con azul de metileno o tratamiento con solvente detergente. Puede ser sometido a "cuarentena" hasta la siguiente donación de ese mismo donante.

- Los volúmenes tras el fraccionamiento suelen ser de unos 250 ml, y si procede de aféresis de 600ml.

- Las dosis habituales son de 10-15 ml/Kg, y han de infundirse en unos 60-90 minutos.

INDICACIONES
- Tratamiento de anemias hemolíticas microangiopáticas: Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), Síndrome hemolítico urémico (SHU), síndrome de HELLP.

- Manejo de hemorragias graves, o hemorragias masivas (perdida de un volumen sanguíneo en 24 horas).

- Preparación para procedimientos invasivos y/o cirugías en pacientes que se encuentran en tratamiento con anticoagulantes orales, o en individuos que presentan defectos de los factores de la coagulación vitamina K dependientes, que no pueden esperar al efecto de la vitamina K o no responden de forma adecuada a la misma.

- Exanguinotransfusión en recién nacidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo 1: Tras la realización de las recomendaciones de transfusión (charlas, guía de recomendaciones…) consideramos que de forma paulatina las indicaciones de transfusión se van unificando dentro del marco de las indicaciones establecidas por las guías de consenso disponibles. Sin embargo, por el momento, todavía es necesario efectuar una labor de vigilancia de las peticiones que llegan a nuestro servicio, y realizar en algunos si es necesario una labor de asesoramiento a los facultativos.
Objetivo 2: Reducción de la incidencia de las reacciones transfusionales, motivadas en ocasiones por una inadecuada prescripción de los componentes sanguíneos. Tras conseguir una adecuada prescripción del uso de hemoderivados, conseguiremos reducir parte de las reacciones transfusionales motivadas por una inadecuada prescripción.
Objetivo 3: Consideramos que tras la realización de las charlas de reacciones adversas de la transfusión y como notificarlas, hemos logrado que los facultativos efectúen las notificaciones de forma adecuada.
Objetivo 4: Se requiere todavía una mayor difusión de las recomendaciones, para que el personal facultativo cuente con las recomendaciones del servicio de Hematología como una herramienta habitual en su práctica clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Comprendemos que es una necesidad seguir una guía de recomendaciones de la transfusión de hemoderivados en nuestro hospital debido a la frecuente transfusión de hematíes/ plaquetas o plasma de forma inadecuada.
- Consideramos que los hemoderivados es un recurso finito que procede de donantes altruistas, y que debe ser utilizado de forma adecuada.
- Consideramos que algunas reacciones transfusionales en relación a una transfusión de componentes de forma inadecuada podrían evitarse.
- Creemos que es necesario continuar en la promoción de las recomendaciones de las indicaciones de la transfusión en nuestro hospital para lograr los objetivos del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/79 ========== ***

Nº de registro: 0079

Título
CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
YUS CEBRIAN FLOR, ROMERO QUEZADA LORIS, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, MAIRAL LACOMA BEATRIZ, CATENA LACOMA MARIA JOSE, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, MOLES ALASTRUE JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que precisen transfusión de hemoderivados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- La transfusión de hemoderivados es frecuente en la práctica clínica habitual, siendo indiscutible su beneficio.
-A pesar del alto nivel de seguridad logrado con innovaciones técnicas incorporadas en casa fase de la cadena transfusional, no está exenta de riesgos (errores, reacciones transfusionales, sensibilizaciones, transmisión de enfermedades...). Es necesario considerar en cada caso los riesgos/beneficios de la transfusión.
- Los hemoderivados son bien escasos, y la práctica transfusional puede llegar a ser problemática ya que no existe un verdadero consenso acerca de sus indicaciones y éstas pueden variar en función de la condición clínica del paciente.
-Se ha demostrado que el empleo de guías de transfusión favorece un uso óptimo de la misma, disminuyendo el número de unidades transfundidas de forma innecesaria y mejorando la atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar la práctica transfusional en los distintos servicios del hospital.
- Seleccionar el componente más adecuado.
- Evitar transfusiones innecesarias.
- Mejorar el manejo de las reacciones adversas transfusionales (agudas y tardías).
- Aumentar la tasa de notificación estandarizada de las reacciones transfusionales.
- Convertir esta guía en una herramienta habitual en la práctica clínica diaria.

MÉTODO
- Elaboración de una guía basada en la evidencia científica disponible sobre la transfusión de hemoderivados.
- Presentación de la guía a nivel hospitalario.

INDICADORES
- Evaluar la adecuación de la práctica transfusional a la guía de indicaciones realizada: nº hemoderivados transfundidos según la guía/nº de hemoderivados totales.
- Determinar las reacciones adversas notificadas, y valorar si su manejo ha sido el más adecuado.

DURACIÓN
2 meses: Revisión de la bibliografía disponible y elaborar un borrador del documento.
1 mes: presentación y revisión del borrador a la comisión de transfusión.
1 mes: elaboración de la versión definitiva del documento.
1 mes: Publicación de la Guia en la Intranet del Hospital de Barbastro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERELLA ARNAL MATILDE INES
YUS CEBRIAN FLOR
ROMERO QUEZADA LORIS
CORTINA LACAMBRA MARIA RAQUEL
COMPS ALMUNIA DANAE
PIEDRAFITA BARRIO LETICIA
LALUEZA ESCARIO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de todas las interconsultas virtuales realizadas desde Atención Primaria a Hematología en el año 2018.
- Clasificación de dichas interconsultas virtuales en función del motivo de consulta.
- Establecimiento y reconocimiento de los motivos de consulta más frecuentes por los que se solicita interconsulta virtual.
- Realización de recomendaciones breves para el manejo de las situaciones más frecuentes que generan interconsultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han realizado un total de 447 interconsultas virtuales desde Atención Primaria al Servicio de Hematología.
Dichas interconsultas se han repartido de la siguiente manera:
- Pautas suspensión de Sintrom de cara a IQ: 55
- Inicios de Sintrom: 31
- Leucopenia/neutropenia: 30
- Trombopenia: 29
- Anemia ferropénica sin origen claro: 25
- Otras dudas de coagulación: 21
- Anemia microcítica a estudio: 20
- Gammapatía monoclonal: 20
- Hiperferritinemia: 18
- Dudas manejo anticoagulación: 16
- Solicitar estudio de trombofilia: 15
- Otras anemias no especificadas: 15
- Dudas tratamiento quimioterápico/patología hematológica ya conocida: 14
- Poliglobulia: 14
- Linfocitosis: 14
- Trombocitosis: 12
- Otras alteraciones proteinograma: 11
- Alteraciones en el porcentaje poblaciones leucocitos: 11
- Leucocitosis con neutrofilia: 10
- Diagnóstico de trombofilia: 9
- Anemia normocítica: 9
- Anemia ferropénica de origen ginecológico: 7
- Bicitopenia/pancitopenia: 7
- Otras patologías, no hematológicas: 8
- Signos hemorrágicos espontáneos: 6
- Reinicios de Sintrom: 6
- Adenopatías/esplenomegalia: 3
- Linfopenia: 3
- Inmunodeficiencias: 3
- Anemia ferropénica de origen digestivo: 2
- Dudas ACODs: 2
- TTPA alargado: 1

Como se puede comprobar, 92 de las consultas (20,6%) son motivadas por el tratamiento anticoagulante oral con Sintrom. Dichas consultas tienen una vía específica de manejo, por lo que para ser atendidas a tiempo no deberían ser realizadas por interconsulta virtual. A ellas se les pueden sumar 16 más (3,6%), que son dudas sobre el manejo de la anticoagulación, y se podrían haber resuelto en su mayor parte a través del programa informático de control del tratamiento anticoagulante.
Otro grupo importante de patologías son las anemias ferropénicas, con un total de 34 consultas (7,6 %). Conviene aclarar en este punto que las anemias ferropénicas no son patología propiamente hematológica, sino que son debidas a una pérdida hemática o a déficit de absorción. Así, las anemias ferropénicas deberían ser tratadas y estudiadas o bien en Atención Primaria o bien deberían ser remitidas al especialista que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

correspondiera en función de la sospecha etiológica (Ginecología en mujeres jóvenes, Digestivo o Medicina Interna en el resto de pacientes).
Merece también la pena destacar que 15 pacientes (3,4%) son derivados a nuestra consulta para solicitar estudios de trombofilia, mientras que 9 (2%) son remitidos para valorar estudios de trombofilia solicitados por otros facultativos. Dado que en nuestro sector sanitario la enfermedad tromboembólica no es controlada por el servicio de Hematología, los estudios de trombofilia deberían ser solicitados por el médico que valorara al paciente (Cirugía Vascular, Medicina Interna, etc…) y debería ser ese mismo facultativo quien interpretara los resultados, por lo que no deberían ser remitidos por este motivo al Servicio de Hematología en la mayor parte de las ocasiones.
Por último, se han solicitado, probablemente por error, 8 interconsultas (1,8%) de patologías no hematológicas.
Así, probablemente 176 interconsultas (39,4% del total) no deberían haber sido realizadas al servicio de Hematología o se deberían haber realizado por otra vía (fundamentalmente, las interconsultas realizadas por el tratamiento con Sintrom).
De entre el resto de interconsultas se han seleccionado los diez motivos de consulta de mayor volumen, mayor facilidad de resolución o en los que resulta más sencillo realizar un cribado inicial. Junto a ellos se explican, de manera somera, una serie de consideraciones o estudios iniciales que deberían ser realizados en todos los pacientes con dicho motivo de consulta.
NOTA: podría ser interesante realizar un pequeño folleto (tríptico, etc…) con las siguientes recomendaciones de manera más esquemática para su facilidad de manejo en el día a día.
Así, los motivos de consulta son los siguientes:

- Leucopenia/neutropenia (30 interconsultas, 6,7%): la leucopenia y la neutropenia son hallazgos muy frecuentes en las analíticas de rutina, estimándose en más de un 1% de la población. Habitualmente la leucopenia es debida al descenso de la población leucocitaria más abundante, los neutrófilos, por lo que en muchas ocasiones neutropenia y leucopenia se solapan. Una leucopenia aislada, leve y con cifras de neutrófilos normales habitualmente no requiere ningún estudio adicional.
Con respecto a la neutropenia, se considera leve cuando los neutrófilos están entre 1 y 1,5 x 109/L, siendo moderada entre 0,5 y 1 x 109/L y grave cuando es < 0,5 x 109/L.
Las causas más frecuentes de neutropenia adquirida son los procesos infecciosos y los fármacos (con especial importancia el Nolotil). Manejo: en caso de neutropenias leves (> 1 x 109/L) sin otras alteraciones se recomienda repetir hemograma en un periodo de 1 – 2 meses. Si se atribuye la neutropenia a un fármaco, lo primero es suspender dicha medicación y repetir determinación en 1 – 2 semanas. Descartadas esas causas, conviene realizar estudio analítico básico (B12, fólico, enzimas hepáticas, serologías VHB, VHC, VIH…). En caso de no hallarse causa derivar a Hematología para completar estudio. Derivar a Urgencias de inmediato si: neutropenia grave (< 0,5 x 109/L) o moderada (0,5 – 1 x 109/L) y fiebre o clínica infecciosa.
Cabe destacar que en los pacientes de raza negra las cifras de leucocitos y neutrófilos son algo inferiores a los pacientes caucásicos, por lo que cifras de neutrófilos disminuidas, pero > 1 x 109/L no requieren estudio ninguno en ausencia de otros hallazgos o clínica infecciosa de repetición.
- Trombopenias (29 interconsultas, 6,5%): sólo se consideran relevantes las trombopenias < 100 x 109/L. Las infecciones son también una de las causas más frecuentes de trombopenia, con cifras generalmente superiores a 50 x 109/L. Es frecuente la pseudotrombopenia por EDTA, en que se forman agregados de plaquetas “in vitro”, por lo que el autoanalizador indica una cifra de plaquetas muy inferior a la real (habitualmente se suele indicar este hallazgo por parte de hematología, siendo una trombopenia falsa que no requiere ningún estudio adicional).
Ante el hallazgo casual de una trombopenia aislada (> 50 x 109/L) es conveniente repetir la determinación en 2 – 3 semanas. En caso de trombopenia persistente, se recomienda un estudio analítico básico (frotis de sangre periférica, B12, fólico, serologías VHB, VHC y VIH, enzimas hepáticas) y descartar que dicha trombopenia sea secundaria a fármacos. Solicitar interconsulta a Hematología si no se encuentra causa con dicho estudio o si la trombopenia se acompaña de otras citopenias, sin causa (puede tratarse de citopenias frecuentes en pacientes cirróticos, tratamientos inmunosupresores, etc…). Derivar a Urgencias si trombopenia < 30 x 109/L sin causa clara o si existe hemorragia y las plaquetas son < 50 x 109/L.
- Anemia microcítica a estudio (20 interconsultas, 4,4%): la mayor parte de las anemias microcíticas son debidas a ferropenia o a talasemias. El estudio básico inicial debe incluir un metabolismo del hierro completo (hierro, transferrina, %sat transferrina y ferritina), ya que una ferritina normal no descarta ferropenia al tratarse de un reactante de fase aguda. En caso de hallarse ferropenia debe administrarse hierro y realizarse estudio etiológico. Si se descarta ferropenia puede tratarse de una talasemia: si la cifra de hemoglobina es normal o prácticamente normal (> 11 g/dL) en todas las determinaciones realizadas al paciente, con microcitosis marcada (VCM < 70 -75 fL) es muy probable que se trate de una talasemia minor y no requiere más estudio. Derivar a Hematología si no se trata de una anemia ferropénica y la cifra de hemoglobina es inferior a 10,5 – 11g/dL, disminuye progresivamente o se acompaña de otras citopenias. Derivar a Urgencias: las anemias ferropénicas no deberían ser transfundidas a menos que se trate de pacientes cardiópatas con clínica o bien el paciente presente inestabilidad hemodinámica, por lo que en raras ocasiones habría que derivar al paciente a Urgencias (a valorar remitirlo para administración de Fe IV o bien para que ingrese para estudio).
- Alteraciones en el proteinograma (31 interconsultas, 6,9%): conviene diferenciar entre una banda monoclonal (producida por células plasmáticas clonales, y que traduce patología hematológica) y un aumento policlonal de las globulinas. Este último es un hallazgo frecuente en pacientes con hepatopatía o procesos infecciosos, y no requiere valoración por el Servicio de Hematología. En caso de hallar una banda monoclonal convendría realizar interconsulta a Hematología, siendo de utilidad completar la analítica inicial con hemograma, función renal, albúmina y calcio. Derivar a Urgencias: no suele ser necesario derivar a un paciente a Urgencias por el hallazgo único de un componente monoclonal en el proteinograma, salvo que este se acompañe de anemia grave (< 8 g/dL), insuficiencia renal aguda o hipercalcemia.
- Hiperferritinemia (18 interconsultas, 4%): la hiperferritinemia es un hallazgo analítico muy frecuente, dado que la ferritina actúa como reactante de fase aguda. Por dicho motivo, la determinación de ferritina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

aislada carece de cualquier valor, debiendo solicitarse siempre un metabolismo del hierro completo (hierro, transferrina, %sat transferrina y ferritina). En nuestro medio son frecuentes las cifras elevadas de ferritina en contexto de enolismo y síndrome dismetabólico. Ante el hallazgo de hiperferritinemia conviene hacer un estudio analítico básico (metabolismo del hierro completo, enzimas hepáticas, función tiroidea, glucemia, colesterol, triglicéridos…) y una adecuada historia clínica (consumo de alcohol, sobrepeso, etc…). En caso de que no se encuentre causa y la ferritina sea superior a 200 µg/L (mujeres) o 300 µg/L (varones) con saturación de transferrina > 45% en al menos dos ocasiones, convendría realizar interconsulta a Hematología para ampliar estudio. Derivar a Urgencias: no suele ser necesario derivar a un paciente a Urgencias por el hallazgo de hiperferritinemia.

- Otras anemias no especificadas (15 interconsultas, 3,4%): un estudio básico de anemia, además de una historia clínica detallada, debería incluir:
  - Anemia microcítica: metabolismo del hierro completo (hierro, transferrina, saturación de transferrina, ferritina), reticulocitos.
  - Anemia macrocítica: B12, fólico, LDH, reticulocitos. Descartar enolismo o hepatopatía.
  - Anemia normocítica o anemia no diagnosticada con los estudios previos: además del metabolismo del hierro completo, B12, fólico y reticulocitos habría que estudiar Coombs directo, bilirrubina, LDH y proteinograma.

En la mayor parte de los casos obtendremos la etiología con estos estudios; en caso contrario habría que valorar interconsulta a Hematología. Derivar a Urgencias si anemia grave (<8 g/dL) sin causa clara o secundaria a hemorragias.

- Poliglobulia (14 interconsultas, 3,1%): el hallazgo de poliglobulia es, en la mayor parte de las ocasiones, secundario a otras patologías, como el tabaquismo, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño, otras patologías pulmonares o renales (estenosis arterial renal, riñón poliquístico, hidronefrosis). El estudio inicial de una poliglobulia debe realizarse cuando se obtengan, en al menos dos analíticas, cifras de Hb > 16,5 g/dL o HCT > 52% en varón y 48% en mujer. Si con la historia clínica y el estudio básico (Rx tórax, eco abdominal, gasometría arterial) no se objetiva causa, valorar interconsulta a Hematología para continuar estudio.
- Linfocitosis (14 interconsultas, 3,1%): se considera linfocitosis al aumento de los linfocitos > 4 x 109/L; siendo este un hallazgo muy frecuente en infecciones virales (sobre todo VEB y CMV), infecciones bacterianas crónicas (TBC, brucelosis…), enfermedades autoinmunes, sarcoidosis, fármacos… Ante un hallazgo de linfocitosis conviene siempre contextualizar: si el paciente presenta clínica infecciosa probablemente se trate de una infección viral y únicamente requiera repetir hemograma en 2-3 meses. Si linfocitosis > 5 x 109/L en más de una determinación, sin causa aparente, conviene realizar interconsulta a Hematología para ampliar estudio (en muchas ocasiones desde el propio servicio de Hematología ante tal hallazgo ya se ha realizado un frotis de sangre periférica indicando actitud a seguir). Derivar a Urgencias: no suele ser necesario remitir a un paciente a Urgencias ante el único hallazgo de linfocitosis.
- Trombocitosis (12 interconsultas, 2,7%): la trombocitosis es un hallazgo frecuente siendo, en la mayor parte de las ocasiones, reactiva. La etiología más frecuente son los procesos infecciosos, inflamatorios y la anemia ferropénica; así como el antecedente de esplenectomía. Ante el hallazgo de una trombocitosis (> 450 x 109/L) en varias determinaciones y una vez descartadas las causas más frecuentes, valorar remitir interconsulta a Hematología. Derivar a Urgencias: no suele ser necesario remitir a un paciente a Urgencias ante el único hallazgo de linfocitosis.
- Alteraciones en el porcentaje de las poblaciones de leucocitos (11 interconsultas, 2,5%): dentro de las poblaciones de leucocitos, habitualmente el mayor % lo representan los neutrófilos, seguidos de los linfocitos. No obstante, es muy frecuente la inversión de estas poblaciones (procesos infecciosos, fármacos…), incluso es constitucional en algunas personas. Se recomienda valorar siempre la cifra absoluta de las poblaciones leucocitarias; en caso de que estas sean normales habitualmente no requiere más estudio. Solicitar interconsulta a Hematología si, además de una alteración en el % de las poblaciones existe también algún hallazgo relevante en la cifra absoluta (neutropenia, linfocitosis, etc…).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- De las 447 interconsultas realizadas desde Atención Primaria a Hematología en el año 2018, 176 (39,4%) deberían haberse realizado por otra vía (por referirse al tratamiento con Sintrom) o hubiera sido más recomendable realizarlas a otros servicios (por ejemplo, las anemias ferropénicas).
- Del resto de interconsultas hemos podido seleccionar 10 grupos que representan un 43,4% del total (194 interconsultas) y que mediante una serie de recomendaciones sencillas podrían ser resueltas en Atención Primaria, o bien el estudio podría iniciarse o adelantarse desde Atención Primaria, estableciéndose unos criterios algo más unificados de derivación a Hematología.
- El estudio de posibles patologías hematológicas resulta, en muchas ocasiones, complejo y con poca estandarización. Mediante la elaboración de estas recomendaciones se puede facilitar la labor al médico de Atención Primaria, reducir la sobrecarga de las consultas de Hematología y, finalmente, se realiza el estudio de patologías hematológicas de manera más eficiente y rápida.

7. OBSERVACIONES.

- La lista de recomendaciones de las patologías más frecuentes podría ser editada en formato “tríptico” o “de bolsillo”, de manera más visual, para su consulta en el día a día.
- Podría resultar interesante la exposición de estas recomendaciones, de manera presencial, en los Centros de Salud de nuestro sector sanitario, de cara a una comunicación bidireccional más efectiva, consulta de casos y posible ampliación a otras patologías que susciten dudas en la práctica habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/333 ========== ***

Nº de registro: 0333

Título
OPTIMIZACION Y UNIFICACION DE CRITERIOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA A HEMATOLOGIA

Autores:
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, YUS CEBRIAN FLOR, ROMERO QUEZADA LORIS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, COMPS ALMUNIA DAÑAE, PIEDRAFITA BARRIO LETICIA, LALUEZA ESCARIO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace algo más de un año, se ha implantado la interconsulta virtual para la valoración y derivación de pacientes de Atención Primaria al servicio de Hematología.
Se ha constatado un aumento un aumento de solicitudes de valoración por Hematología con respecto al número de solicitudes previas a la implantación de la interconsulta virtual.
En el año 2018 han sido realizadas por nuestro servicio más de 400 interconsultas virtuales, de las cuales un número importante no correspondía a patología hematológica o no tenían un estudio básico previo a la derivación.
Muchas de ellas, por otro lado, no precisan estudio al tratarse de hallazgos analíticos sin relevancia clínica y que, en muchas ocasiones, presentan resolución espontánea.
En el momento actual, no existen criterios estandarizados de derivación de pacientes de Atención Primaria al Servicio de Hematología.
Dada la sobrecarga de trabajo en el Servicio de Hematología, una disminución en el número de interconsultas virtuales y una optimización de los pacientes que se derivaran finalmente a la consulta presencial supondrían una mejora para el Servicio de Hematología, Atención Primaria y un aumento de la calidad de la atención a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer qué patologías, de las derivadas habitualmente a Hematología, no son subsidiarias de ser valoradas por nuestro servicio.
- Valorar qué patologías son las más frecuentemente derivadas, y establecer unos criterios de estudio inicial básico antes de su derivación.
- Disminuir el número de interconsultas virtuales y optimizar las que se realicen, con la intención de que cuando el paciente sea valorado en consulta presencial tenga ya parte del estudio realizado.

MÉTODO
- Se revisarán las interconsultas virtuales realizadas en el año 2018, valorando cuáles de ellas son las más frecuentes.
- Se analizarán qué patologías, no correspondientes al Servicio de Hematología, son enviadas a nuestro servicio, realizándose un pequeño informe para su remisión a los Centros de Salud.
- Recomendaciones básicas para el estudio inicial de aquellos hallazgos analíticos, sin o con poca relevancia clínica, antes de ser derivados para interconsulta virtual (por ejemplo, trombopenias leves).
- Realización de unas recomendaciones básicas para el estudio de aquellas patologías derivadas con más frecuencia y que, posteriormente, serán valoradas en nuestras consultas, para adelantar el estudio antes de su consulta presencial.

INDICADORES
- Reducción en el número de interconsultas virtuales: (nº IV 2019 – nº IV 2018)/nº IV 2018
- Reducción en el porcentaje de derivación de patologías no hematológicas: (nº patologías no hematológicas 2019/ nº interconsultas totales 2019) – (nº patologías no hematológicas 2018/nº interconsultas totales 2018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

DURACIÓN
- 3 meses: evaluación y tipificación de las patologías derivadas con más frecuencia.
- 3 meses: interpretación de los datos obtenidos y realización de las recomendaciones.
- 1 mes: comunicación a Atención Primaria de los resultados obtenidos e inicio de la implantación de las recomendaciones.
- 5 meses: evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES
Rogamos se nos informe de si el proyecto está aprobado o no, de cara a realizarlo en el plazo indicado más arriba.

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0029

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIERRA CALLAU MODESTO
ANGLES BARBASTRO ROSANA
NAVARRO LAX DAVID
MOLES ARCOS BARBARA
MORA PARDINA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado tareas para adaptar la solución utilizada en el pilotaje del proyecto MASTERMIND (7ºPM CIP - ICT PSP GA 621000) a una plataforma que pudiese utilizarse en el SALUD fuera de un contexto de pruebas y se ha elaborado un plan técnico que plantea el escenario del potencial despliegue a todo el SALUD.

Las tareas realizadas han sido acordes a las planificadas:
• Se ha evolucionado la herramienta para actualizar la versión del gestor de contenidos (OPIGNO-DRUPAL) a una versión reciente con las últimas actualizaciones de seguridad.
• Se ha adecuado la herramienta y los contenidos al nuevo contexto tras el proyecto, y se ha garantizado el cumplimiento del GDPR habilitando acceso de usuario genérico, eliminando de interacción individual por usuario y suprimiendo el registro individual de actividad.
• Se ha desarrollado el Plan Técnico de Despliegue. Basándose en los resultados y las lecciones aprendidas del proyecto piloto MASTERMIND, se ha definido un plan de despliegue con las acciones necesarias para la implantación de la herramienta a nivel regional. El plan incluye
••••••La actualización de la herramienta con toda su funcionalidad (que permitiría el seguimiento individual del paciente) con la definición de perfiles de pacientes, profesionales y datos personales
••••••La arquitectura técnica y los cambios organizativos que deberían acompañar al despliegue en todo el SALUD
••••••La actualización técnica resultante del estudio del marco del Esquema Nacional de Seguridad y la política de Seguridad TIC del Gobierno de Aragón y la normativa vigente (se han incorporado medidas como el doble factor de autenticación para acceso a usuario)
• Se ha implementado la primera fase del plan técnico (modelo no guiado) y se ha ofertado a la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro y a la coordinación de la “Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria”, que ha realizado formación sobre MASTERMIND a varios centros de atención primaria y lo ha incluido también en el curso de autoformación “Herramientas para la Promoción del Bienestar Emocional en la consulta de Atención Primaria” en la plataforma de formación del SALUD. La unidad de innovación del sector sanitario de Barbastro se ha encargado de dar apoyo y soporte a los profesionales que han utilizado la herramienta.
• En colaboración con la coordinación de la “Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria”, se han adaptado algunos contenidos de MASTERMIND y se ha añadido un usuario genérico adicional a la herramienta con acceso a la información sobre bienestar emocional. Este material también se ha puesto a disposición de los centros de atención primaria a través de la formación sobre la consulta monográfica y en el curso de autoformación de la plataforma de formación del SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los objetivos en función de los indicadores señalados al principio del proyecto:
- La herramienta está disponible para los pacientes desde fuera de la red del SALUD (internet)
- Se ha elaborado un plan técnico de despliegue con propuesta de despliegue por fases y funcionalidades
- Se ha utilizado la herramienta desde más de 5 centros de Atención primaria de Aragón (en el marco de la “Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria”) distintos de los que participaron en el proyecto MASTERMIND y también desde la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro.
---- En la Unidad de Salud Mental de Barbastro, psicología clínica ha ofertado la herramienta a 40 pacientes.
---- Algunos de los centros que han promocionado el uso de la herramienta con pacientes son: Ejea de los Caballeros (20 pacientes), Actur Sur (6), Zuera (6), Perpetuo Socorro de Huesca (5) y Sabiñánigo (1)
---- Hasta el 22/1/2020 Se han registrado 4105 interacciones del usuario salud (usuario genérico creado para esta fase)
---- Los profesionales tanto de AP como de la USM de Barbastro valoran positivamente la herramienta y el seguimiento por parte de los pacientes de la misma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proceso de innovación del servicio Aragonés de Salud comienza con el pilotaje de las soluciones innovadoras en el territorio, en un entorno controlado. Posteriormente se realiza un profundo proceso de evaluación, desde distintos puntos de vista de efectividad, eficiencia y sostenibilidad. Este proceso permite que las soluciones más exitosas y efectivas puedan ser desplegadas en el SALUD en la cartera de servicios de la organización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0029

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

Es el caso MASTERMIND, los resultados del proyecto indicaron que la implementación de terapia cognitivo conductual basada en TICS y la psicoeducación online podía ser efectiva y eficiente en la organización. Las tareas realizadas a posteriori están orientadas a tener un marco de transición desde el proyecto hasta el potencial posterior despliegue en el que se garantice la sostenibilidad y la efectividad del servicio. En este contexto se ha aprovechado la "Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria" para dar difusión a la herramienta. Además, se han ensayado nuevas utilidades para la herramienta como los contenidos para la promoción del bienestar emocional.

El uso de los profesionales y la aceptación por parte de los usuarios durante el periodo de transición indican que este tipo de herramientas están bien aceptadas y son un apoyo en el tratamiento de enfermedades mentales de carácter leve. Sin embargo, para poder aprovechar todo el potencial de estas herramientas, es necesario incluir las funcionalidades que se han eliminado en esta fase transitoria y que se detallan en el plan de despliegue técnico de la herramienta.

Como mejora específica de esta fase, se solicita mejorar el canal de comunicación para la resolución de incidencias (se van a reforzar las indicaciones para poder utilizar la dirección de email de soporte mastermind@salud.aragon.es)

Los profesionales de atención primaria y los de la Unidad de Salud Mental que han participado en esta fase del proyecto, consideran que es una herramienta efectiva de psicoeducación para el tratamiento de depresión leve o síntomas depresivos, que aporta valor en ambos niveles asistenciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/29 ========== ***

Nº de registro: 0029

Título
SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, SIERRA CALLAU MODESTO, ANGLES BARBASTRO ROSANA, NAVARRO LAX DAVID, MOLES ARCOS BARBARA, MORA PARDINA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
MasterMind es un proyecto del 7ºPM CIP - ICT PSP (GA 621000) que ha evaluado el impacto de la extensión de servicios de cCBT y ccVC (Cuidado Colaborativo con soporte de Videoconferencia entre AP y AE) para adultos con depresión en 14 regiones europeas. El objetivo final ha sido mejorar la calidad del servicio prestado a los usuarios, además de velar por la sostenibilidad de los sistemas de salud.
El servicio de cCBT (Terapia Cognitivo Conductual basada en TICS) se pilotó durante el periodo Octubre2015-Mayo2017. Este servicio se apoyaba en un programa on-line llamado Supera tu Depresión, que incluye contenidos consensuados por profesionales de 4 regiones españolas.
Este programa consta de 8 módulos. Cada módulo incluye material audiovisual, textos, actividades y cuestionarios que el paciente debe realizar en un plazo aproximado de 2 meses.
Durante el periodo Octubre2015-Mayo2017, se incluyeron 140 pacientes. Estos pacientes fueron remitidos tanto por la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro como por varios centros de atención primaria del mismo sector. De estos pacientes, 68 completaron más del 50% del programa. 44 finalizaron el programa completo y 11 no lo completaron pero no presentaban síntomas en el último control. Los indicadores de evolución muestran disminución de sintomatología clínica y mejora en calidad de vida para los pacientes que siguen el programa. Los profesionales y los pacientes que completan el programa se mostraron satisfechos con el servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0029

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

RESULTADOS ESPERADOS
- Actualización técnica de la herramienta para adaptarla al despliegue tras la fase piloto
- Estudio e implementación de políticas de seguridad y confidencialidad con CGIPC
- Estudio técnico y revisión de resultados del proyecto MASTERMIND para la elaboración de plan técnico de despliegue y acciones para presentar a Servicios Centrales de SALUD
- Apoyo y soporte a los centros de salud en los que se plantee la utilización de la herramienta.

MÉTODO
La finalización del proyecto MASTERMIND y los resultados obtenidos invitaban a la continuación del servicio, pero se planteaban algunos retos que debían despejarse en diferentes fases para garantizar la sostenibilidad del mismo. Los retos principales identificados, eran los siguientes:
- Actualización de la herramienta a versiones más recientes para mejorar su compatibilidad y su seguridad
- Definición de la gestión de perfiles de paciente y datos personales fuera del marco del proyecto
- Definición de las posibles interacciones del profesional y desarrollos asociados a las mismas (posibilidad de seguimiento de paciente, generación de alarmas, acceso a datos personales, figura del centro de contacto,…)
- Despliegue a centros de salud y unidades de salud mental más allá de los que participaron en Mastermind
- Utilización de contenidos (o parte de los mismos) para otros perfiles (estrés, ansiedad, bienestar emocional)

Con estos retos, en el proyecto de mejora se plantean los siguientes objetivos:
- Evolucionar la herramienta (mejorar su compatibilidad, realizar ajustes en la visualización de contenidos y realizar actualizaciones en materia de seguridad) para adecuarla al nuevo contexto y posibles mejoras posteriores.
- Realización de un plan técnico de acción para el despliegue potencial de la herramienta con diversos niveles de funcionalidad e implicación por parte de los profesionales.
- Implementación de la primera fase del plan técnico y despliegue de la herramienta para su uso desde un conjunto de centros de atención primaria

INDICADORES
- Disponibilidad de la herramienta para su uso desde fuera de la red del SALUD por parte de pacientes
- Disponibilidad del plan técnico con una propuesta de despliegue por fases y funcionalidades
- Utilización de la herramienta en al menos 5 centros de Atención Primaria de Aragón

DURACIÓN
Enero – Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL
GARCIA CLAU SUSANA
LISA LOPEZ VICTORIA
LLANAS RECH MONICA
PLAZA CUELLO ALBA
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
FRANCO MONTES MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La muestra son pacientes ingresados desde mayo del 2017 hasta febrero del 2019. Se han recogida datos de 148 pacientes de todo tipo: médicos (incluidos respiratorios), sépticos, coronarios, quirúrgicos y traumatológicos.
De estos 148 pacientes se han recogido los siguientes datos:
- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltracion y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxitus o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfócitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnésio, transferrina y trigliceridos

El objetivo principal del estudio es determinar qué factores o scores relacionados con desnutrición del paciente al ingreso se relacionan con mayor mortalidad (a 30 días)
Objetivos secundarios:
- Comparar escalas de gravedad al ingreso en UCI (mortalidad a 30 días)
- Comparar escalas nutricionales (mortalidad a 30 días)
- Mejorar la práctica clínica detectando los pacientes con desnutrición al ingreso en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de pacientes incluidos en el estudio son 148 pacientes. Distribuidos en 97 hombres y 51 mujeres.
La causa de ingreso más frecuente en UCI son los pacientes sépticos (29,72%) del total, seguido de los médicos (28,37%), de los quirúrgicos (25%), de los coronarios (14,86%) y de los traumatológicos (2,02%). La causa más frecuente de mortalidad también son los pacientes sépticos (53,3% del total)
La mortalidad en UCI es de un 12,8% y la mortalidad a los 30 días es del 20,3%
De los pacientes fallecidos: 17 son hombres (56,7%) y 13 mujeres (43,3% del total)
Han precisado Ventilación mecánica 57 pacientes (38,5% del total), de los cuales han fallecido 22 (38,6% de los pacientes ventilados y 73,3% de los pacientes éxitus).
Han precisado Ventilación mecánica no invasiva 2 pacientes
Han precisado soporte vasoactivo 66 pacientes (44,6% del total) de los cuales han fallecido 26 (86,7% de los pacientes éxitus)
Han precisado Técnicas de remplazo renal 12 pacientes (8,1% del total) de los cuales han sido exitus: 7 (58,3%)
La Nutrición con más frecuencia administrada es la oral (59,8% del total), seguida de la NPT (12,2%), la NE (10,8%) y la nutrición mixta (NPT+NE) un 6,1% del total. En un 11,5% de pacientes (11,5% del total) no se administró ningún tipo de nutrición. La nutrición asociada a mayor mortalidad es la NE.
Entre los pacientes fallecidos, el mayor porcentaje de éxitus es en los paciente que recibieron NE (26,7% de los pacientes fallecidos), seguido de los pacientes que no recibieron ningún tipo de nutrición (23.3% del total).
En cuanto al inicio de administración de nutrición: en los pacientes éxitus la media fue de 28,40 h ±24,61 y en los pacientes vivos fue de 27,25± 24,22 (sin significación estadística).
Las escalas valoradas en el estudio son:
El APACHE y el SAPS2 como escala de gravedad, el SOFA con escala de disfunción multiorgánica. Para valorar el estado nutricional se incluyen las siguientes escalas: Nutriscore, Conut, NRS2000.
Calculando el áreas bajo la curva de cada escala, obtenemos el siguiente resultado:
En las escalas de gravedad:
APACHE: 0,858 (intervalo de confianza entre 0,786-0.929)
SOFA: 0,818
SAPS2: 0,785
La mejor área es el APACHE, seguido del SOFA y después del SAPS.
En la escalas que nos permiten la valoración del estado nutricional:
Nutriscore: 0,871 (intervalo de confianza entre 0,822 y 0,943)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Conut punto de corte en 0,700 (bajo)
NRS2000: 0,738 (intevalo de confianza: 0,642-0,833)
El score nutricional con mejor área bajo la curva es el Nutriscore.
Hemos valorado otros elementos que pueden influir en la situación nutricional al ingreso en UCI:
1. IMC (Indice de Masa corporal): Los pacientes éxitus tienen un IMC medio de 26,71 ± 6,85 y los vivos: 27,66 ±5,65 (no significación estadística)
2. Pérdida de peso en los tres meses previos:
Se produce pérdida de peso más del 10% en 15 pacientes (28,4% del total y 50% de los pacientes éxitus) y no se produce pérdida de peso en 15 pacientes. Existe significación estadística (p: 0,006)
3. Antecedentes personales registrados:
- DM: 40 pacientes. 27% pacientes 10 éxitus
- HTA: 91 pacientes. 61,5% 22. Exitus
- Dislipemia: 44 pacientes: 29,7% de los pacientes. 9 éxitus
- Fumador: 36 pacientes: 24,3% pacientes. 5 éxitus
- ERC: 19 pacientes: 12,8% del total. 4 éxitus
- Enolismo: 11 pacientes: 7,4% del total. 3 éxitus
- EPOC: 31 pacientes. 20,9% del total. 8 éxitus
- Neoplasisa: 46 pacientes. 31,1%. 13 éxitus.
- Cardiopatias: 45 pacientes: 30,4%. 11 éxitus
- Hepatitis: 14 pacientes. 9,5%. 3 éxitus
- Enfermedad neurológica: 13 pacientes 8,8%. 3 éxitus
- Inmunodeficiencia: 10 pacientes. 6,8% 2 éxitus
- Hiperuciemia: 7 pacientes. 4,7% del total. 2 éxitus
- Enfermedad tiroidea: 9 pacientes: 6,1%. 2 éxitus

De todos los antecedentes estudiados, no se ha observado relación estadística con mortalidad a 30 días.
4. Parametros bioquímicos al ingreso: Hemoblobina: 12,57±7,80; leucocitos: 21036±41181; Linfocitos: 1022±1482; plaquetas: 202063,78±105397, AP: 72,29±16,92; glucosa: 150,84±74,41; Lactato: 2,50±2,14, PCR: 149,59±116,90; PTC: 17,24±1,21, bilirrubina: 0,86±0,885; albumina:3,19±0,70; prealbumina: 11,96±7,91, colesterol: 125,22±43,84; colesterol HDL: 31,44±14,05; AST: 112,48±575; ALT: 96,84±510; Fosforo: 3,54±1,35, Mg: 1,99±0,36, Transferrina: 172,45±63,88; triglicéridos: 124,17±82,14
Comparando cifras entre vivos y exitus: se han encontrado diferencias significativas en:
- Linfocitos en pacientes éxitus: 581,55±630,58 y linfocitos en vivos: 1135,00±1612,72 p: 0,001
- Actividad de protombina en pacientes éxitus: 62,67±19,01 y AP en vivos: 74,74±15,51 p: 0,002
- PCR en paciente éxitus: 184,36±34,23 y PCR en vivos: 138,28±121,88
- Albumina en pacientes éxitus: 2,74±0,65 y albumina en vivos: 3,305±0,679 p: 0,000
- Prealbumina en pacientes éxitus: 8,12±6,26 y prealbumina en vivos: 12,97±8,011 p: 0,002
- Colesterol HDL en pacientes éxitus: 25,47±15,56 y HDL en vivos: 32,93±12,98 p: 0,004
- Transferrina en exitus; 144,84±61,109 y en vivos: 179,59±62,87 p: 0,005

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- De los pacientes incluidos en este estudio, la mortalidad a 30 días es del 20,3% del total. La causa más frecuente de ingreso son los paciente sépticos y también son los que más fallecen.
- La nutrición que con más frecuencia se administra es la oral. Destaca la gran cantidad de pacientes que no reciben ningún tipo de nutrición. No se observa diferencias significativas entre el tiempo de inicio de nutrición en los pacientes fallecidos y los supervivientes.
- Entre las escalas de gravedad el Apache II es el que presenta mayor relación con mortalidad
- Entre los scores de nutrición, el Nutriscore es que presenta mayor relación con mortalidad
- Existe relación significativa entre la pérdida de peso al ingreso y mayor mortalidad.
- Los parámetros bioquímicos estudiados que presentan significación estadística entre pacientes vivos y éxitus son: linfocitos, actividad de protombina, PCR, Albumina, Prealbúmina, colesterol HDL y transferrina

El objetivo de este estudio era valorar como podíamos implantar una mejora de la práctica clínica.
A los pacientes que ingresan en UCI hay que recoger unos datos adicionales que son:
- Si existe pérdida de peso en los últimos 3 meses
- APACHE II, SOFA y NUTRISCORE
- Perfil analítico que incluya: PCR como parámetro de inflamación, Albúmina como parámetro del compartimento proteico al ingreso (vida media de 21 dias), prealbúmina, colesterol HDL y Transferrina

Incluir estos resultados dentro del protocolo de NUTRICIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/119 ========== ***

Nº de registro: 0119

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Título
VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologias que requieran ingreso en UCI
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Sindrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según caracteristicas del paciente

MÉTODO
- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analitica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

INDICADORES
Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadistico correspondiente.

DURACIÓN
Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
SANZ CARDIEL ALICIA
CABRERO MAISONE NATALIA
CALVERA CALVERA ALICIA
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
ABADIA ORTIZ ESTER
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización de sesiones informativas sobre el delirio en el paciente critico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y sobre como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes durante las primeras 24h de ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEEIUC (junio 2018) como medida motivadora para personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad del Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)
- Recogida de datos sobre el registro informatizado de entrega a los familiares del tríptico informativo tras un año de puesta en marcha de la medida y análisis de los mismos (junio 2019)
- Realización de sesión clínica acreditada sobre delirio en el paciente crítico (importancia, prevención, diagnostico y tratamiento) y difusión del proyecto de mejora y el protocolo de prevención (octubre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: 78% sobre la muestra valida (una vez descartados éxitus y traslados a otro centro durante las primeras 24 horas de ingreso) / ESTANDAR >80%.
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: 26 asistentes a la sesión clínica sobre una plantilla de 30 profesionales entre enfermeras/os, TCAE y médicos (86,6%) y envío del protocolo al correo electrónico corporativo del 100% de los profesionales / ESTANDAR >80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio con un elevado seguimiento de las recomendaciones dadas, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEEIUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras el análisis de los datos sobre la entrega de folletos después de un año del inicio, se ha evidenciado que el 51% de los errores, ya sea por ausencia de registro o por registro de no entrega sin justificar, se han dado durante los tres meses del periodo vacacional en la unidad (julio, agosto y septiembre). Este hecho, junto con el elevado índice de rotación de personal en nuestra unidad, hace necesaria la repetición periódica de nuevas sesiones formativas y de concienciación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

*** ========== Resumen del proyecto 2018/212 ========== ***

Nº de registro: 0212

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Autores:
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS
La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por loas miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención el delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES
- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/numero de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo – junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
COSCUJUELA ROMAN ELIA
SANZ SERROY ASCENSION
ALBAS MAZA RAUL
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del hospital.
Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardíaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.
2º. Presentación de dicho protocolo.
Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajadador de cada área del hospital.
3º. Cursos de actualización de RCP.
Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo de los años 2018 y 2019 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.
4º. Cursos de simulacros reales.
Realizamos también varios simulacros reales por todas las plantas y áreas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.
5º. Modificación de la medicación y material del carro de paros.
Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar la medicación, o pérdidas de tiempo buscando material. Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.
Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro y su distribución.
6º. Elaborar unas tablas de recogidas de datos de todas las paradas cardiorrespiratorias del hospital para poder comparar y certificar las mejoras conseguidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada profesional que atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.
2º. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carros de paros.
3º. Hemos conseguido que, a lo largo de estos 2 años, un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.
4º. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.
5º. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.
6º. Al quedar, con todo lo realizado previamente, más claros todos los conceptos de actuación, hemos conseguido que el personal que atiende una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria lo haga con mayor rapidez y seguridad, disminuyendo con ello los errores más frecuentes.
7º. A su vez, se han conseguido disminuir los tiempos de actuación, lográndose los objetivos de los primeros cuatro minutos de un paro, incluyendo la monitorización correcta, canulación de vías venosas, realización de masaje cardíaco y ventilación e incluso administración de primera adrenalina o primera descarga eléctrica en dependencia del tipo de parada que presente el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Gracias a todo el trabajo realizado a lo largo del los años 2018 y 2019, hemos conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con una considerable disminución de los tiempos de actuación y una mayor seguridad y efectividad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.
Por otra parte seguiremos con la recogida de datos para, en un futuro, poder comparar y certificar esta mejoría; seguiremos revisando y actualizando los protocolos en función de las novedades que se presenten y continuaremos impartiendo los cursos de RCP y simulacros reales para mantener activos los conocimientos del personal y ampliarlos a aquellos nuevos trabajadores que comiencen en nuestro hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/351 ========== ***

Nº de registro: 0351

Título
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0170

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICAL EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
GARCES CAMPO BEGOÑA
ALEGRE CASTRO MARCOS
PIQUERO BERNAD VANESA
SIERRA MARTIN BEATRIZ
SANZ BERROY ASCENSION
PIRLA SOLDEVILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Determinar que pacientes van a precisar soporte nutricional
- En estos pacientes, extraer analítica de sangre y orina (perfil nutricional) dos veces por semana y pasar los datos al programa informático
- Según los datos obtenidos (tipo de nutrición y velocidad a la que se debe administrar), se aplica al tratamiento del paciente
- Se modifica según los datos obtenidos en las dos revisiones realizadas cada semana
- Vigilancia de posibles complicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación programa informático mediante la hoja de calculo OPEN OFFICE 4 de código abierto, que incluye:-
- Datos demográficos
- Escalas de gravedad al ingreso: SOFA, APACHE y SAPSII
- Valoración nutricional al ingreso, riesgo de desnutrición: Peso, altura, índice de masa corporal, CONUT, NutricScore
- Datos analíticos
- Cálculo de requerimientos mediante fórmulas recomendadas en las Guias Nutricionales del GTMYN
- En el programa se incluyen los diferentes tipos de nutrición, tanto enteral como parenteral, de las que disponemos en el Hospital
- Con los datos introducidos, el programa calcula los requerimientos nutricionales: tipo de nutrición, cantidad y velocidad que se debe administrar.
Se ha realizado 2 mese de prueba del programa informático, con resultados satisfactorios.
Se va a implantar en la unidad en uso habitual de dicha herramienta, que quedará incluida en un acceso directo en el programa de gestión de la UCI. Dicha información, quedará en el servidor de la UCI MIV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente realizar sesiones formativas a los facultativos especialista de área para su uso habitual. Va a ser incluido dicha herramienta en el protocolo de nutrición que se va a actualizar en el servicio durante el año 2020.

7. OBSERVACIONES.
El principal problema es que se inició el proyecto con la hoja de cálculo de código abierto de Libreoffice, y se tuvo que ajustar las fórmulas de cálculo para hacerlo compatible en OpenOffice, pues en el SALUD, no esta admitida esta herramienta.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/170 ========== ***

Nº de registro: 0170

Título
DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICAL EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GARCES CAMPO BEGOÑA, ALEGRE CASTRO MARCOS, PIQUERO BERNAD VANESA, SIERRA MARTIN BEATRIZ, SANZ BERROY ASCENSION, PIRLA SOLDEVILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0170

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICAL EN EL PACIENTE CRITICO

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que por su gravedad necesite ingreso en UCI y soporte nutricional
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad en los pacientes que precisen nutrición artificial (Nutrición enteral o parenteral), de una herramienta que nos ayude a cálcular los requerimientos energéticos y de nutrientes, para optimizar el tipo de nutrición y la cantidad que se debe administrar.
Se procederá a la Creación de un programa informático utilizando una hoja de cálculo que incluya datos demográficos, analíticos y fórmulas de cálculo nutricional según las últimas "Recomendaciones para el tratamiento nutricional especializado del paciente crítico" del Grupo de trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC (Actualización año 2018)
La población diana son los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos que precisan nutrición artificial

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar al ingreso el estado nutricional de los pacientes y si existe indicación de nutrición artificial
- Creación de un programa informático utlizando una hoja de cálculo que recoga:
  - Datos demográficos
  - Escalas de gravedad al ingreso: SOFA, APACHE y SAPSII
  - Valoración nutricional al ingreso, riesgo de desnutrición: Peso, altura, índice de masa corporal, CONUT, NutricScore
  - Datos analíticos
  - Cálculo de requerimientos mediante fórmulas recomendadas en las Guias Nutricionales del GTMYN
  - En el programa se incluyen los diferentes tipos de nutrición, tanto enteral como parenteral, de las que disponemos en el Hospital
- Con los datos introducidos, el programa calcula los requerimientos nutricionales: tipo de nutrición, cantidad y velocidad que se debe administrar
- Realizar un seguimiento semanal (2 veces por semana), con extracción de nueva analítica de sangre y orina con datos nutricionales para valorar si se debe modificar la nutrición prescripta según la evolución del paciente.

MÉTODO
- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Determinar que pacientes van a precisar soporte nutricional
- En estos pacientes, extraer analítica de sangre y orina (perfil nutricional) dos veces por semana y pasar los datos al programa informático
- Según los datos obtenidos (tipo de nutrición y velocidad a la que se debe administrar), se aplica al tratamiento del paciente
- Se modifica según los datos obtenidos en las dos revisiones realizadas cada semana
- Vigilancia de posibles complicaciones

INDICADORES
Los datos se recogen en un hoja de calculo, que permite ver los datos actuales introducidos y los datos anteriores.

DURACIÓN
Es un proyecto de inicio. Durante este año se creará la hoja de cálculo y se empezarán a recoger los primeros datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0422

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATACIÓN DE ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
MARTINEZ TRIVEZ PILAR
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GAVIN BERCERO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º. Elaboración de un algoritmo de toma de decisiones.
Durante los primeros meses del año 2019, se elaboró un algoritmo cuya finalidad es facilitar al médico responsable la toma de decisión respecto a la valoración de reanimación cardiopulmonar de su paciente. Dichas decisiones se tomarán de forma conjunta con el paciente, o sus familiares en caso de incapacidad del mismo, tras una correcta explicación de la situación en cada momento respecto a la enfermedad y su pronóstico. Dada que la evolución, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad puede variar a lo largo del ingreso, dicha valoración deberá realizarse de forma periódica semanal desde el ingreso.
2º. Presentación de dicho algoritmo.
Se ha procedido a presentar este algoritmo a todos y cada uno de los servicios médicos y quirúrgicos del hospital, empezando por los jefes y ampliándolo al resto de facultativos.
3º. Se ha modificado y mejorado dicho algoritmo de forma conjunta, cambiando aquellos puntos que podían resultar confusos.
4º. Se ha conseguido la colaboración de la práctica totalidad de los servicios y secciones tanto médicas como quirúrgicas del hospital.
5º. Se han excluído de este protocolo los servicios de Ginecología y Obstetricia y Pediatría, por no considerarlo apropiado ya que por la edad y características de los pacientes que ingresan en estos servicios son candidatos a todo tipo de medidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º. Se ha conseguido elaborar un algoritmo de toma de decisiones sencillo y práctico, al gusto de la casi totalidad de los médicos que van a colaborar en este proyecto.
2º. A su vez, hemos conseguido que los médicos responsables de cada paciente ingresado en el hospital (a excepción de Ginecología y Pediatría) colaboren en este proyecto, facilitando así la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en ese momento concreto.
3º. Que aquellos pacientes que, en ausencia de enfermedad en fase terminal o deterioro cognitivo, puedan participar en decidir de forma conjunta con su médico habitual, las medidas que se les realicen ante posibles complicaciones derivadas de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a que en los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental deteriorado, edad y/o patología de base se encuentran en una fase final de su enfermedad, creíamos muy necesario la elaboración de un proyecto que facilitara la toma de decisiones en situaciones de gravedad y urgencia.
Durante el año 2020, procederemos al reparto del algoritmo por todos los servicios médicos y quirúrgicos del hospital (a excepción de Ginecología y Pediatría) y a la recogida de datos para corroborar los objetivos alcanzados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/422 ========== ***

Nº de registro: 0422

Título
ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATACION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR

Autores:
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, MARTINEZ TRIVEZ PILAR, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0422

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATACIÓN DE ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

BAGÜESTE MORAN PATRICIA, GAVIN BERCERO JOSE MANUEL, MILLAN GARCIA JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental deteriorado, edad y/o patología de base se encuentran en una fase final de su enfermedad y, por lo tanto, con posibilidades de fallecimiento. Es esencial identificar a aquellos pacientes en los cuales el cese de la respiración y el latido cardiaco son hechos terminales y en los cuales no debe intentarse ni realizarse la reanimación, para diferenciarlos de aquellos en que la parada cardiorrespiratoria (PCR) es inesperada en el transcurso de un proceso recuperable y en los cuales debe hacerse todo lo posible para remontar la PCR.

RESULTADOS ESPERADOS
- Que cada paciente ingresado en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología) sea valorado como candidato o no a maniobras de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas, en caso que la evolución clínica del proceso haga plantear su utilización.
- Facilitar la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en ese momento concreto.
- Que aquellos pacientes que, en ausencia de enfermerad en fase terminal o deterioro cognitivo, puedan participar en decidir de forma conjunta con su médico habitual, las medidas que se les realicen ante posibles complicaciones derivadas de su enferemedad.

MÉTODO
- Realizar una hoja de toma de decisiones en la cual quedará reflejada si el paciente es candidato o no a medidas de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas.
- Dicha hoja se ubicará en la historia de dicho paciente, en un lugar visible y de fácil localización.
- Se deberá rellenar al ingreso y, posteriormente, cada siete días o si la situación clínica del paciente se modifica de forma considerable (evolución favorable o desfavorable).

INDICADORES
- Nº pacientes con el formulario rellenado / Nº pacientes ingresados en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología).
- Nº pacientes que, con orden de no RCP, llaman a UCI ante situación de parada cardiorrespiratoria.

DURACIÓN
1 abril de 2019 hasta 31 de diciembre de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALICIA CAMPO SIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALLEJAS ESCARTIN ESTHER
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
PALACIN BUISAN NATIVIDAD
LISA LOPEZ MARIA VICTORIA
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
PERA SEIJO IZARBE
TRUCO MARRO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la revisión bibliográfica por parte de los miembros del equipo de mejora con la posterior puesta en común.
También se hicieron varias reuniones para decidir cuáles son los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio: Características demográficas del paciente, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, factores iatrogénicos, medidas preventivas adoptadas, descripción de UPP aparecidas en la unidad Etc.
Se ha elaborado el formulario de ayuda en la cumplimentación del registro informático para unificar los criterios en la recogida y registro de los datos a estudiar, describiendo cada ítem y el modo de registro en la hoja Excel. Intentamos reducir así al mínimo posible la variabilidad inter-observador, realizando después una reunión para aclarar dudas.
Se ha elaborado la hoja Excel para la recogida de datos.
Solicitamos y recibimos la autorización para realizar el estudio por parte de la dirección del hospital.
Durante este periodo se ha realizado la actualización del programa informático de la unidad Centricity Critical Care a una nueva versión, que iba a ser al principio del año 2019 y al final se realizó durante el mes de noviembre.
Realizamos una última reunión para acabar de concretar los aspectos relacionados con la recogida de datos y ultimas dudas. Se decidió que el riesgo nutricional (CONUT) se recogiera por un único investigador para evitar sesgos y se han repartido los pacientes por investigadores.
Hasta el momento hemos recogido más del 50% de los datos y tenemos previsto acabar la recogida de datos durante el mes de febrero - marzo.
Revisión de los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS, durante los meses de abril y mayo.
Tras lo cual haremos otra reunión del equipo para el análisis de los resultados obtenidos y la valoración de las posibles medidas de mejora que pudieran adoptarse. Posteriormente realizaremos la difusión de los resultados y las nuevas acciones de mejora a implementar en la unida, mediante una sesión informativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento tenemos recogidos mas del 50% de los datos por lo que aún no disponemos de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos pendientes de finalizar con de la recogida de los datos y su posterior análisis para poder llegar a alguna conclusión y aportar las posibles recomendaciones que se puedan extraer de él.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/712 ========== ***

Nº de registro: 0712

Título
ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON INEVITABLES?

Autores:
CAMPO SIN ALICIA V, CALLEJAS ESCARTIN ESTHER, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, PALACIN BUISAN NATIVIDAD, LISA LOPEZ MARIA VICTORIA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, PERA SEIJO IZARBE, TRUCO MARRO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: LESIONES POR PRESIÓN
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD DEL PACIENTE, MEJORA PRACTICA CLINICA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes críticamente enfermos requieren atención compleja en un entorno tecnológicamente sofisticado donde son altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión, el desarrollo de la lesión por presión sigue siendo un fenómeno multifactorial. Como consecuencia de la complejidad de su atención y la alta carga de la enfermedad, es lógico deducir que los pacientes de la UCI serían altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión. De hecho, la prevalencia de úlceras por presión en la población de la UCI se considera la más alta entre los pacientes hospitalizados.
Las úlceras por presión son generalmente lesiones de rápida aparición y larga, lenta y tediosa curación. Además, un buen número de factores de riesgo para su desarrollo aparecen con más frecuencia o de manera casi exclusiva en los pacientes críticos (ventilación mecánica, uso de sedantes, anestésicos y relajantes, fármacos vasoactivos, etc.)
La prevención resulta menos costosa (sobre todo para el paciente) y más eficaz que el tratamiento.
En el proceso de la prevención de las UPP, uno de los principales retos que se plantean en el futuro de las UCI es conocer cuál es la incidencia/ factores de riesgo y las actuaciones preventivas aplicadas. Este hecho es apoyado por el fracaso de las escalas de riesgo de UPP (Braden, Norton, etc.) que, utilizadas en la población general hospitalaria, han demostrado escasa capacidad discriminatoria en enfermos críticos.
La mayoría de los trabajos que estudian cuál es la incidencia de la UPP en la UCI no relacionan los factores de riesgo y patología con los cuidados recibidos.
Un nuestra unidad el seguimiento que se realiza es de prevalencia de las UPP según escala de Norton mayor o igual a14.
Por lo que queremos orientar nuestro esfuerzo a intentar primero identificar los factores de riesgo más prevalentes en nuestra unidad, minimizar dichos factores, si es posible, y aplicar las medidas de prevención y los cuidados de enfermería óptimos. Conocer mejor tanto de los factores de riesgo, las medidas de prevención, cuidados aplicados y los resultados obtenidos ayudaran a mejorar nuestros conocimientos, actitudes y estrategias preventivas respecto a las UPP en UCI, y así poder confirmar, si es posible, la incidencia cero de UPP en UCI o en su defecto reducir al mínimo su presencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer la frecuencia de UPP nosocomiales generadas en nuestra unidad
Conocer los factores de riesgo que más influyen en la aparición de las UPP en nuestra unidad
Describir el riesgo de aparición de las úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos, con relación al tiempo de medición y estadio evolutivo

MÉTODO
El estudio se realizara en la UCI del hospital de Barbastro, disponemos de 6 camas polivalentes, los datos se obtendrán de los registros informatizados que dispone la unidad, Centricity Critical Care y el equipo de mejora será el encargado de su realización.Se tratara de un estudio descriptivo prospectivo.
La población a estudio serán todos los pacientes ingresados en la unidad durante el año 2019.
Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.
Reunión de los miembros del equipo de mejora para la puesta en común y determinar los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio:
Características demográficas / del paciente,
Factores intrínsecos y extrínsecos,
Factores iatrogénicos
Medidas preventivas adoptadas. Etc.
Elaborar formulario de registro informático para la recogida de datos y posterior análisis informático.
Inicio de la recogida de datos a partir del mes de junio – julio.
Revisión de los resultados obtenidos y valoración de las posibles medidas de mejoras que pudieran adoptarse.
Sesión informativa de los resultados obtenidos en la unidad.
Implementación de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES
Número de pacientes con norton<o=14 que han desarrollado LPP habiéndose aplicado medidas preventivas
% pacientes que presentan dos o más UPP /total de pacientes ingresados
% de pacientes con UPP debidas a dispositivos sobre total UPP
% de UPP en pacientes en relación al uso de drogas vasoactivas, imposibilidad de movilización y estado nutricional.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?

Reunión de los miembros del equipo de mejora para determinar los datos a incluir en nuestro estudio. Durante el mes de abril.
Elaborar formulario de registro informático. Mes de mayo, coordinador del proyecto de mejora.
Reunión enfermeras para unificar criterios en la recogida de datos. junio.
Inicio de la recogida de datos mes de junio equipo de mejora.
Revisión de los resultados obtenidos fecha a determinar. Estudio de las posibles medidas de mejora. Equipo de mejora.
Sesión informativa en la unidad. Enero 2020.
Implementación de nuevas acciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BAGÜESTE MORAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLEA LADERAS LAURA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CASAUS MAGAÑA PATRICIA
ESCALANTE SIERRA ASUNCION
BUIL VIÑEC RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se inició con una reunión entre los distintos miembros del equipo que fue realizada el lunes 4 de febrero de 2019. en ella se trazó el plan a seguir con los distintos enfermos que ingresaran a cargo de medicina interna pero mas concretamente en nuestra planta (5ª izq), que son aquellos a los que todo el equipo (auxiliares y enfermería) iba a poder acceder. Se plantearon también algunos de los principales problemas: la colaboración de familiares, los pacientes que proceden de residencias o con cuidadores que en algunas ocasiones por miedo se implican menos, el incoveniente de ingresar en fin de semana: ya que en ocasiones la valoración por el medico que se vaya a hacer cargo de ese paciente tarda mas de 48h y el medico de guardia que es el que realiza la valoración inicial se implica menos. otra problemática clara es el propio paciente, muchas veces no quieren levantarse, o su propio estado de enfermedad o de afectación no lo hace posible. En la reunión también se explico el tipo de clasificación que se prentedia hacer de la población: pacientes geriátricos, ancianos frágiles y ancianos sano pero con una enfermedad aguda.
De acuerdo a esto, el resto del año se fueron recogiendo datos de pacientes. Únicamente se recogieron los datos de los pacientes que estuvieran a cargo de alguno de los médicos implicados en el proyecto, que son a los que se podía tener acceso de sus datos de forma completa y actuar sobre su tratamiento; en colaboración con la información que tanto enfermería como auxiliares nos podían proporcionar. en total se han valorado 480 pacientes. la edad media de los mismos es de 79 años. se pudo realizar una movilización precoz en el 70% de los pacientes incluidos.
Hasta ahora se han ido comunicando los resultados verbalmente entre los integrantes del grupo de trabajo, pero todavía no se ha realizado una sesión en el servicio de medicina interna explicando los resultados, pero es el próximo objetivo: hacer una sesión inlcuyendola dentro del ciclo de sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como se venia explicando, se han analizado 480 pacientes, con una media de 79 años. El 56% estaban institucionalizados. Se ha podido realizar una movilización precoz, entendiendo como iniciar sedestación/deambulación (según la situación tanto previa del paciente, como actual en contexto de la patología aguda) en las primeras 48h del ingreso, en el 70% de los pacientes.
Los principales motivos por los que no se ha podido realizar dicha movilización en este 30% han sido: encamamiento por inestabilidad hemodinámica, encamamiento por problemas respiratorios/cardiacos, por sedación y un pequeño porcentaje de falta de colaboración del cuidador/familiar.
La mayoría de los pacientes que se han podido movilizar eran pacientes geriátricos y ancianos sanos con una patología aguda.
Se ha observado una clara mejoría en los pacientes en los que se ha practicado la movilización precoz de forma que el 85% ha mantenido el mismo nivel de independencia/capacidad funcional que previo al ingreso un 15% ha perdido cierta capacidad funcional. Ninguno de ellos la ha mejorado. Entre los pacientes que no se han movilizado de forma precoz por distintos motivos, el 80% ha empeorado su clase funcional respecto al ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuaremos con dicho analisis de pacientes: Queda pendiente todavía realizar una sesión explicativa al resto del servicio para explicar los resultados y concienciar acerca de los mismos. Que el paciente tenga una mayor capacidad funcional de cara a el alta, tranquiliza mucho a las familias. Por otro lado tambien pensamos que es una forma de disminuir los dias de ingreso, son varios los que por no hacer una buena y precoz movilizacion desde el principion se ven obligados a permanecer en el hospital unos dias mas para mejorar su capacidad funcional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/105 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Nº de registro: 0105

Título
MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Autores:
BAGÜESTE MORAN PATRICIA, BOLEA LADERAS LAURA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CASAUS MAGAÑA PATRICIA, ESCALANTE SIERRA ASUNCION, BUIL VIÑEC RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIA QUE INGRESE EN MEDICINA INTERNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRADICIONALMENTE LA MEDIDA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO SE CENTRA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD Y EN EL TRATAMIENTO DE LA MISMA, ASÍ COMO EVITAR LA MORTALIDAD; PERO TAN IMPORTANTE COMO ESTO ES EL ESTADO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL INGRESO. CON FRECUENCIA, Y SOBRE TODO EN PACIENTES AÑOSOS COMO SON LA MAYORÍA DE LOS QUE INGRESAN EN NUESTRO SERVICIO, PODEMOS OBSERVAR, CÓMO PACIENTES QUE PUEDEN SER DADOS DE ALTA HOSPITALARIA POR PRESENTAR UNA MEJORA A NIVEL CLÍNICO, PRESENTAN DIFICULTADES A NIVEL FÍSICO Y MENTAL TRAS EL INGRESO QUE GENERA UNA DESADAPTACIÓN DE SU ENTORNO PREVIO Y LA DIFICULTAD QUE ESTO GENERA TAMBIÉN PARA LA FAMILIA O PERSONAL RESPONSABLES DE SU CUIDADO. EN EL DESARROLLO DE ESTE DETERIORO FUNCIONAL INFLUYEN VARIOS FACTORES. ENTRE ELLOS: 1. LA SITUACIÓN FRÁGIL DEL ENFERMO, DEFINIDA ENTRE OTROS POR: LA EDAD, EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA PREVIOS, COMORBILIDAD, POLIMEDICACIÓN, MALNUTRICIÓN..; 2. LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD POR LA QUE ESTÁ INGRESADO Y EL TIEMPO DE ESTANCIA QUE ESTA IMPLICA Y 3. PROBLEMAS A NIVEL ESTRUCTURAL/ DE DINÁMICA HOSPITALARIA (CONFINAMIENTO EN CAMA, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN …).
ESTA DIFICULTAD EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE ESTE TIPO DE PACIENTES DEBE SER MANEJADA PRECOZMENTE DURANTE EL INGRESO, CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UNA MEJOR ADAPTACIÓN EN SU ENTORNO AL ALTA

RESULTADOS ESPERADOS
-MINIMIZAR LO POSIBLE EL DETERIORO FUNCIONAL DURANTE EL INGRESO
-MEJORAR LA CALIDAD DEL VIDA DEL PACIENTE TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO
-CONCIENCIAR AL EQUIPO SANITARIO DE LA NECESIDAD DE LA MOVILIZACION PRECOZ Y LOS BENEFICIOS DE LA MISMA

MÉTODO
REUNIÓN ENTRE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DEL EQUIPO (MÉDICOS, ENFERMERIA, AUXILIARES) PARA IDENTIFICAR LA POBLACIÓN EN RIESGO, PUESTA EN COMÚN DE EXPERIENCIAS Y OPINIONES ACERCA DE LA SITUACIÓN ACTUAL.
-CLASIFICAR A LA POBLACION QUE INGRESA EN NUESTRO SERVICIO CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL (% PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA), SEGÚN:
*EDAD
*COMORBILIDAD (INDICE DE CHARLSON)
*ESTAR INSTITUCIONALIZADO O NO
*DEPENDENCIA PARA ABVD PREVIA (I. BARTHEL)
-IDENTIFICAR PACIENTES (%) A LOS QUE SE HA APLICADO UNA MOVILIZACION PRECOZ (<48h), EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS, COMPARANDO RESPECTO A LOS QUE NO SE HAYA APLICADO DICHO PLAN.
-COMUNICACION DE RESULTADOS CON UNA SESIÓN CLINICA AL RESTO DE PERSONAL DE PLANTA PATA FACILITAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

INDICADORES
- IDENTIFICAR PACIENTES INGRESADOS CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL: %PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA .
-SITUACION FUNCIONAL EN LA QUE INGRESA EL PACIENTE (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)
-IDENTIFICAR A LOS PACIENTES A LOS QUE SE HA APLICADO LA MOVILIZACION PRECOZ
-TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA
- SITUACION FUNCIONAL AL ALTA (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)

DURACIÓN
REGISTRO DE CASOS A PARTIR DE ENERO DE 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0332

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALEGRIA FRANCO LANAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGUESTE MORAN PATRICIA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MEDRANO MARTINEZ PILAR
ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR
ROMERO HERVAS GLORIA
QUILEZ QUILEZ CARMEN
BUIL VIÑEC RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas del plan de mejora durante el primer periodo (desde febrero del 2019 hasta enero del 2020 inclusive) han consistido en ocho reuniones en las cuales a través de la técnica grupal: "pequeño grupo de discusión" se han identificado puntos y acciones de mejora del proceso asistencial en la unidad de medicina interna del hospital de Barbastro. Las reuniones han tenido lugar en un espacio físico del hospital (Biblioteca y despacho de supervisor de enfermería en la planta de medicina interna). Dentro de estas acciones de mejora se ha elaborado un documento escrito: "Parte Auxiliar-Auxiliar de Enfermería "que incluye siete ítem que aseguran la continuidad de cuidados de los pacientes de la unidad por dichas profesionales.
El calendario marcado durante este primer periodo ha sido:
-Primera reunión (20/02/2019): se expone como objetivo final del Plan de mejora aumentar la calidad percibida del binomio paciente familia, para ello dividimos la identificación de puntos y acciones de mejora en dos grandes grupos: "La mejora en la comunicación entre los profesionales de la unidad "y "La mejora en la comunicación entre profesionales y el binomio paciente-familia"
-Reuniones siguientes (08/03/2019,10/04/2019,16/05/2019,25/06/2019,30/10/2019 y 20/11/2019) en las cuales se aborda la mejora en la comunicación entre los profesionales de la unidad, identificando cuatro puntos de mejora con sus respectivas acciones.
1. Sesiones clínicas conjuntas: que consistirían en la discusión de pacientes con determinadas características por un grupo de profesionales de la unidad.
La acción de mejora correspondiente se concretó en la exposición y discusión de las mismas entre la supervisión de enfermería y la jefatura médica de la unidad.
2. Pase médico –enfermera: Se determina como ideal el pase conjunto, aunque se reconoce la limitación de que no siempre es posible, dada la carga asistencial de ambos profesionales.
Se identifican dos acciones de mejora respecto a este punto: se concreta un horario de pase (de 9.30 a 12.30) y la creación de una nota tipo posit donde el personal de enfermería registra las incidencias que quiere que el personal médico sepa a primera hora de la mañana, para ello se determina que su registro sea en las observaciones del cuadro de constantes de la historia clínica electrónica.
3 .Parte Enfermera-Enfermera: Se identifican dos acciones de mejora respecto a este punto: establecer la información relevante que debe contener y disminuir las interrupciones..
4 .Parte Enfermera-Auxiliar:Se identifica como acción de mejora la exposición de su definición, y de la necesidad de llevarlo a cabo para el buen funcionamiento de la unidad.
5. Parte Auxiliar-Auxiliar de Enfermería: Se identifica como acción de mejora la creación y utilización de un documento escrito: "Parte Auxiliar de Enfermería" donde se incluyen 7 ítems que aseguran la continuidad de cuidados dados por las auxiliares de enfermería

-Última reunión (16/01/2020) en la cual se aborda el segundo gran grupo. "La mejora en la comunicación entre los profesionales y el binomio paciente-familia. Se identifican tres puntos de mejora:
1. Presentación: nos recordamos la importancia de presentar nuestra persona en el primer contacto con el binomio paciente –familia.
2. Formación en habilidades de comunicación: empatía, escucha activa…
3. Información: donde se identifican las siguientes acciones de mejora:
3.1. Se establece que la información médica al binomio paciente –familia se realizará en el momento del pase de visita o a partir de las 14h, adaptándose el profesional a las circunstancias laborales y familiares del binomio paciente -familia.
3.2 .Nos recordamos la existencia de un díptico donde se detalla la información a transmitir de forma oral al binomio paciente- familia y que aseguran el buen funcionamiento de la unidad. En relación a esta información se proponen como acción de mejora la colocación de dos carteles con el enunciado no pasar, uno de ellos en la puerta de medicación y otro encima del control evitando el acceso de pacientes y familiares a la sala de ordenador y salita de estar.
3.3. Entrega al binomio paciente –familia al ingreso, por parte de la auxiliar de enfermería del tríptico: "Normas generales al ingreso en las unidades del hospital de Barbastro", dentro de las cuales se incluye guardar silencio en los pasillos y un acompañante por paciente, que en demasiadas ocasiones no es respetada, con lo cual se identifica como acción de mejora el pase de la supervisora de la unidad, por las habitaciones, a primera hora de la mañana recordando la importancia de su cumplimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0332

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este primer periodo de propuesta de mejora del proceso asistencial en la unidad de medicina interna del hospital de Barbastro se ha identificado puntos y acciones de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente para el segundo periodo del plan de mejora (febrero 2020-enero2021 inclusive), el implementar las acciones de mejora así como diseñar y realizar la evaluación de las mismas señalando los resultados alcanzados con ellas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/332 ========== ***

Nº de registro: 0332

Título
PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCO LANAO ALEGRIA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, MEDRANO MARTINEZ PILAR, ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR, ROMERO HERVAS GLORIA, QUILEZ QUILEZ CARMEN, BUIL VIÑEC RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Análisis de la situación: La mayoría de pacientes que ingresan en nuestra unidad tienen enfermedades crónicas que les hacen reingresar varias veces en un año y les deterioran su capacidad funcional. Ante ello vemos la necesidad de un cambio de paradigma en el proceso asistencial poniendo el foco de nuestro trabajo en la calidad percibida por el paciente y sus familiares en las tres dimensiones descritas por Donabedian: características técnicas, relaciones interpersonales y comodidades de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del proyecto es aumentar los niveles de calidad percibida por los pacientes y sus familiares en el proceso asistencial en la unidad de Medicina Interna.

MÉTODO
-Identificar puntos de mejora del proceso asistencial de la unidad de Medicina Interna
-Planificar y programar acciones de mejora.
-Diseñar la evaluación de dichas acciones.
Para ello el equipo de mejora se reunirá una vez al mes, recuperando de forma bimensual las perdidas en periodo vacacional. Además se realizaran reuniones extraordinarias cuando así sea necesario.

INDICADORES
No procede indicadores por el tipo de proyecto.

DURACIÓN
Desde el mes de Febrero del año 2019 hasta el mes de Febrero del año 2020 inclusive.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0332

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0497

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA BOLEA LADERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PESQUER VILAS ISABEL
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
PIQUERAS PLA CRISTINA
BERROC GRACIA MIREIA
ASO MALO ALEJANDRA
MUR LASPALAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha puesto un especial interés en la suplementación con hierro vía parenteral a aquellos pacientes pertenecientes a la unidad que presentaran anemia con un evidente déficit de hierro. El tratamiento mediante suplementos orales supone la aparición en muchísimas ocasiones de efectos secundarios, especialmente a nivel gastrointestinal, por lo que como parte de seguimiento se ha ofrecido a estos pacientes la pauta mediante hierro carboximaltosa en el Hospital de Día disponible en la unidad, mostrándose a favor en el 100% de los casos. De los 153 tratamientos administrados en la unidad entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre del 2019, 72 han correspondido a este tratamiento, de los cuales en casi 2/3 de los casos, presentaban una anemia secundaria de grado variable. Cabe reseñar que en la mayor parte los pacientes, la anemia presentaba otros componentes asociados (renal fundamentalmente). En todos los casos, se ha explicado el procedimiento a realizar y se ha calculado la dosis a administrar en una o dos ocasiones según el perfil del paciente. En cada uno de los tratamientos se ha hecho una valoración médica del paciente con exploración general contando con analítica reciente. Por parte de enfermería, se ha realizado una evaluación general, la toma de constantes vitales así como la canalización de la vía venosa periférica. Cada paciente ha quedado registrado en la historia clínica electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En prácticamente la totalidad de los casos, se ha experimentado una mejoría clara de síntomas relacionados con la astenia/cansancio con mejoría subjetiva de la clase funcional y en aquellos que presentaran efectos secundarios relacionados con la toma de hierro oral, al poder ser suspendidos, estos han desaparecido, mejorando por ello la calidad de vida del paciente. Todo esto se ha podido evidenciar en las consultas sucesivas a la instauración de tratamiento. En el 100% de los pacientes que presentaran anemia, se ha experimentado un incremento variable de hematocrito constatado igualmente en consultas posteriores así como una normalización de los parámetros de metabolismo de hierro. Es importante destacar que ninguno de los pacientes presentó incidencias inmediatas tras su administración de ningún tipo y tampoco se evidenciaron problemas tardíos en relación a su administración, ni siquiera situaciones relacionadas con la vía venosa (flebitis etc).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tratamiento ofrecido en el Hospital de Día disponible en la unidad poniendo especial énfasis a la cuestión de la anemia ferropénica no cabe duda que es una ganancia para este grupo de pacientes, con pluripatología y cierta complejidad, donde la ganancia en cuanto a calidad de vida y nivel funcional es prioritaria. Es importante reseñar que a pesar de precisamente, ser pacientes con estas características, no han presentado problemas relacionados con su administración y sí se ha demostrado una mejoría clínica, cierto que subjetiva, pero evidente mediante anamnesis y que puede favorecer el manejo de otras patologías como por ejemplo a nivel cardiológico. Seguiremos prestando especial atención a la cuestión del déficit de hierro y a su correspondiente corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/497 ========== ***

Nº de registro: 0497

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
BOLEA LADERAS LAURA, PESQUER VILA ISABEL, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, BERROC GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0497

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)

MIREIA, PIQUERAS PLA CRISTINA, MUR LASPALAS SARA, MALO ASO ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes incluidos en el programa del paciente crónico complejo son pacientes que se caracterizan por presentar múltiples patologías crónicas con una elevada complejidad y una importante vulnerabilidad clínica que conlleva una baja calidad de vida, tendencia a un rápido deterioro y a una notable dependencia de familiares y cuidadores. La presencia de anemia es un hallazgo frecuente en estos pacientes, con una prevalencia de al menos el 50% de los pacientes atendidos en consultas en el segundo semestre del 2018, por lo que lo consideramos un problema relevante en nuestro ámbito. Por una parte impacta de una manera clara en su calidad de vida, ya que la presencia de anemia se asocia con múltiples síntomas como debilidad, cansancio, depresión y disnea y por otra parte, se ha establecido como factor pronóstico en determinadas enfermedades crónicas como la insuficiencia cardiaca.
En particular, la ferropenia es la primera causa de anemia en la población pluripatológica con múltiples orígenes como la malnutrición, las pérdidas por el tracto gastrointestinal o la malabsorción. Al margen de la búsqueda etiológica, la maniobra inicial suele ser la administración de hierro oral en forma de compuestos de sulfato o gluconato ferroso, sin embargo de manera subjetiva se observa una mala tolerancia por sus efectos secundarios, especialmente a nivel gastrointestinal como las nauseas, el estreñimiento o el dolor abdominal, lo que puede afectar a su adherencia. Si a este factor, le añadimos la cuestión de la velocidad de repleción de los depósitos de hierro, que suele ser lenta en forma de suplementos orales, todo ello hace que la aparición relativamente reciente de compuestos de hierro para su administración intravenosa, sea una opción muy atractiva.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar, se realizará un análisis de la situación en cuanto a prevalencia, causa y etiología, prestando especial interés a la presencia del déficit de hierro, para poder ofrecer la conducta terapéutica más adecuada en función del perfil del paciente con el fin fundamental de mejorar los síntomas de debilidad, cansancio y disnea y por lo tanto, tener un impacto en su calidad de vida e incluso en el pronóstico de estos pacientes.

MÉTODO
Los pacientes en los que se detecte una ferropenia dentro del estudio y seguimiento habitual que se llevará a cabo en la consulta de la unidad, serán evaluados de cara a la administración de tratamiento con hierro carboximaltosa. Este procedimiento se ofertará en el Hospital de Día de la unidad ubicado en la cuarta planta del Hospital de Barbastro. Para ello se calculará el déficit mediante la fórmula de Ganzoni (Fe (mg) = peso corporal (Kg) x (Hb deseada - Hb actual) + hierro de depósito (500 mg)). En función de los requerimientos, se programarán las sesiones oportunas para su administración. Por parte de enfermeria, se rellenará un cuestionario que incluirá los datos del paciente (nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, dirección, teléfono de contacto y número de seguridad social), se realizará toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca y oxigeno mediante pulsioximetría. Si bien es cierto que la frecuencia de aparición de reacciones adversas así como de reacciones alérgicas es baja, se dispondrá de una forma accesible y cercana de todo lo necesario para su manejo incluyendo de todo lo imprescindible para maniobras de reanimación. Se mantendrá en observación al paciente hasta 30 minutos después de su administración y se explicarán posibles efectos secundarios de aparición en las primeras 24 horas a su administración.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes revisados en la unidad con anemia (Hemoglobina inferior a 12 gr/dl o hematocrito inferior al 36% en las mujeres y hemoglobina inferior a 13 gr/dl o hematocrito inferior al 39% en los hombres) y dentro de este grupo, el porcentaje de pacientes con déficit de hierro absoluto (Ferritina inferior a 100) o déficit funcional (ferritina 100-200 con IST inferior a 20%). Se analizará en las consultas sucesivas la mejoría de síntomas.

DURACIÓN
A partir del 1 de marzo del 2019 con una duración estimada de 1 año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0497

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD RUIZ ALODIA
OLIVAN GARCES SARA
GARCIA LACOMA MERCEDES
MOLES ARCOS BARBARA
POLO BLASCO MARIA CARMEN
CORTINA LACAMBRA MARIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año hemos mantenido 4 reunión sin contar los meses de periodo estival comprendido entre junio y septiembre, y cumpliendo con los plazos de inicio y final establecidos, aunque teniendo que plantear una segunda fase de proyecto dado que hemos empleado más tiempo del esperado en las fases desarrolladas.
Se llevó a cabo el análisis de las etapas y proceso asistencial que lleva un paciente que ingresa en hospital de Barbastro tanto desde el propio servicio de Urgencias como desde el de Admisión, en los casos programados.
Como resultado de este análisis trabajado tanto individualmente como grupalmente para poder recoger el máximo de amplitud de dicho análisis, se elaboró un cuadro resumen donde se recogen en cada uno de las vías de entrada (urgencias o admisión): los pasos que se siguen, los elementos despersonilizadores y deshumanizadores y algunas actitudes humanizadoras a tener en cuenta en cada una de ellas. (Tabla adjunta a resultados)
De cara a la elaboración del diagnóstico de necesidades y expectativas de los pacientes y familiares o acompañantes durante un ingreso hospitalario a lo largo del trabajo han surgido cuestiones y reflexiones personales que nos han llevado a replantearnos el trabajo considerando que antes los grupos focales podía ser de gran utilidad hacer algún tipo de encuesta o mini entrevista tanto a paciente como familiares-acompañantes preguntando directamente por: ¿QUE ES LO QUE MAS VALORA USTED EN SU INGRESO HOSPITALARIO?
Con estos resultados y las aportaciones recogidas en el cuadro resumen de los aspectos a humanizar durante un proceso asistencial, podremos plantear con una mejor base los grupos focales. Este cambio de enfoque de la metodología es lo que nos ha llevado a ampliar el tiempo de trabajo para el año que viene.
Esta primera fase del estudio " encuesta a pacientes y familiares-acompañantes", si se ha realizado.
Se elaboró un diagrama de sectores para poder simplificar y marcar visualmente el porcentaje de importancia que daban a cada cuestión plateada.
Las encuestas se realizaron personalmente y en unos días preestablecidos en función de la capacidad organizativa del trabajo de cada una de las componentes del equipo de mejora estableciéndose los días 20, 23 y 27 de enero de 2020 en los cuales nos repartimos Unidades Médicas (Medicina Interna, Especialidades y UCA); quirúrgicas (COT y Cirugía) y Servicios de Urgencias y UCI, respectivamente.
La muestra que se estableció en cada una de ellas fue de dos hombre sy dos mujeres por cada rango de edad de (20-40), (40-60), (60-80) y (mayor de 80)y a sus acompañantes respectivamente.
Hay que señalar que al fijar un día no se pudo completar la muestra totalmente, dado que, en alguno de los Servicios, en el momento no se encontraban hospitalizados suficientes pacientes para completarla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
POr un lado presentamos el contenido del cuadro elaborado relativo al análisis del proceso asistencial y aspectos humanizadoras es el siguiente:
ASPECTOS A TENER EN CUENTA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL DE CARA A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

1ºADMISIÓN DESDE URGENCIAS
- Malestar del momento mientras espera a que tomen los datos para triaje.
- El espacio como tal de urgencias
- Desconocimiento de la ubicación del Servicio y del proceso, siendo el primer sitio donde se llega.

Actitudes Humanizadoras: " Buenos días. Voy a cogerle los datos primero"
Dar indicaciones de como va a ser el proceso
Informar sobre el triaje, etc....

DESDE ADMISIÓN PROGRAMADO
- Te remiten directamente a la planta correspondiente y no se suele saber como llegar.

Actitudes Humanizadoras: " Buenos días. Voy a cogerle los datos primero"
Dar indicaciones de como va a ser el proceso
etc....

2º SALA DE ESPERA (Exterior) URGENCIAS

- Condiciones de la sala: más gente, incomodidad...
- Desinformación sobre los tiempos
- No se sabe como están otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Actitudes Humanizadoras: Llamar por nombre y preguntar si viene solo o acompañado. Dejar un acompañante...

3ºTRIAJE- URGENCIAS

- Toma de constantes y no te avisan de como están
- Es el primer contacto con profesional sanitario
- Se siente mucha incertidumbre ante el grado de gravedad
- Primer espacio donde se despoja de pertenencias

Actitudes Humanizadoras: Facilitar tod ala información que se pueda. “ Tranquilo, luego le va a valorar el médico...”

4ºSALA DE ESPERA (Pecera o sala exterior)- URGENCIAS

- Hay más gente. Se desconoce gravedad pro lo que a veces se percibe que pasan a otros antes
- La espera se puede alargar mucho tiempo, incluso horas...
- Incertidumbre
- Ver pasar profesionales

Actitudes Humanizadoras:

5º BOX EXPLORACIÓN- URGENCIAS

- Se desnuda al paciente
- Se pincha y empiezan a aplicar diferentes técnicas...
- Se realiza interrogatorio
- se desconoce a médico y enfermera que atienden
- Se pierde la intimidad

Actitudes Humanizadoras: Presentarse los profesionales y preguntar al paciente. “ ¿ustede es....? Yo soy el Dr ….o la enfermera.....”

6º PRUEBAS COMPLEMENTARIAS- URGENCIAS

- Pruebas invasivas
- Solicitud de consentimiento informado,
- Falta de información
- Incertidumbre
- Miedo ante resultados
-Experiencias de conocidos que nos condicionan

Actitudes Humanizadoras: Informar del Consentimiento

7º DIAGNÓSTICO- URGENCIAS

SALA DE OBSERVACIÓN PENDIENTE DE INGRESO
- Falta de información
- Incertidumbre
- Miedo ante resultados
-Experiencias de conocidos que nos condicionan

SALA OBSERVACIÓN Y ALTA

- Además de los anteriores:
- Informe de alta. ¿ A quién se entrega?
- ¿ A quién se informa?

ALTA
- Informe de alta. ¿ A quién se entrega?
- ¿ A quién se informa?

Actitudes Humanizadoras: Informar, preguntar si se tienen dudas,

A partir de este paso ya se unifica el proceso tanto el ingreso por urgencias como el programado desde admisión.

8º INGRESO EN PLANTA DESDE URGENCIAS Y DESDE ADMISIÓN

Te remiten directamente a la planta correspondiente y no se suele saber como llegar si vas desde Admisión o te lleva le celador, pasando por hospital y pasillos donde a veces es difícil guardar la intimidad
Ascensores compartidos con gente de la calle
Desconocimiento de donde se va

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Actitudes Humanizadoras: Informar de número de habitación a paciente y familiares, ¿ cómo le gusta que le llamen?

9º HABITACIÓN
INFORMACIÓN DE AUXILIAR
- Se entrega pijama, indica la cama...
- Despersonalización al ingresar
- Habitaciones compartidas con otros pacientes y familiares que según estado y patología puede ser complicado de llevar

INFORMACIÓN DE ENFERMERA
- Horarios, valoración enfermera,
- Se ponen vía, sueros, etc

Actitudes Humanizadoras: Preguntar por persona de referencia y a informar en caso de necesidad. Ofrecer disponibilidad, preguntar si tiene alguna duda, si necesitan algo más, etc...

10º DURANTE EL INGRESO
- Pruebas
- Falta de información y de participación en las tomas de decisiones
- Procesos “condicionados” por médico y planteamientos de éste.
- A quién se informa?
- Se recibe información en habitación con otros pacientes delante.
- Miedo a sufrir, al dolor
- Despersonalización
- Habitaciones compartidas con otros pacientes y familiares

Actitudes Humanizadoras: Preguntar por persona de referencia y a informar en caso de necesidad. Ofrecer disponibilidad, preguntar si tiene alguna duda, si necesitan algo más, etc. Informar en intimidad posible,...

11º ALTA
-Diagnóstico
- Pronóstico
- A quién informar
- Informe al alta

Actitudes Humanizadoras: Preguntar por persona de referencia y a quién quieren que informen, preguntar si tiene alguna duda, si necesitan algo más, etc. Informar en intimidad posible...

ASPECTOS A TENER EN CUENTA QUE NO TENGAMOS CLAROS DONDE INCLUIR:

Voluntades Anticipadas. Siempre preguntar si las tiene (aunque en realidad se debería consultar en Registro ¿incluirlas en la chapa?
Manejo de información, Protección de Datos, Confidencialidad, etc

Por otro lado, los resultados de la encuestaa pie de cama de modo simplificado y por orden de importancia dado por la mayoría de pacientes y acompañantes en cada uno del caso fueron:

¿QUE ES LO QUE MAS VALORA USTED EN SU INGRESO HOSPITALARIO?
PACIENTES

1. Trato personal
2. Información
3. Tratamiento
4. Diagnóstico
5. Limpieza e higiene
6. Alimentación
7. Disponibilidad de profesionales
8. Agilidad
9. Curación
10. Instalaciones
11. Formación de los profesionales
12. Confianza con el profesional
13. Quitar el dolor
14. Curación
15. Dar agua los pacientes
16. Menos tiempo de espera en urgencias
17. Urnas en Hospital el día de las elecciones

FAMILIARES
1. Trato personal
2. Información
3. Diagnóstico
4. Disponibilidad de profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

5. Instalaciones
6. Limpieza
7. Alimentación
8. Compañeros de habitación
9. Seguridad medico y profesional
10. Tratamiento eficaz

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el transcurso del trabajo realizado nos hemos dado cuenta que dentro de algunos pasos que nos podemos plantear para humanizar la asistencia, ya existen elementos desarrollados como pueden ser folletos y hojas informativas de funcionamiento y áreas de Hospital, Protocolos de recepción, etc. Y hemos de contar con todas esta información para poder tenerla presenta en un futuro y darles mayor valor.
Respecto a dos de los servicios en los que realizamos encuestas vemos necesario destacar por cuestiones que se han de valorar en un futuro a la hora de plantear grupos focales. Por un lado, la Uci no es un espacio donde se pueda valorar en el momento. Quizás posteriormente, una vez fuera de la situación crítica es más fácil hacer pensamiento. Pacientes y familiares solo piensan en “salir de esa Unidad” lo antes posible. Por otro, en urgencias el gran peso de las contestaciones de unos y otros, estaba centrada en la rapidez de la intervención y del diagnóstico.

7. OBSERVACIONES.
Nos ha quedado pendiente de cara a continuación del proyecto la realización de grupos focales a´si como análisis DAFO final.
Nuestro planteamiento de continuidad se centra en evaluar los resultados obtenidos y hacer una propuesta para la implantación de un proyecto de humanización.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/605 ========== ***

Nº de registro: 0605

Título
PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ABAD RUIZ ALODIA, MEDRANO MARTINEZ PILAR, OLIVAN GARCES SARA, POLO BLASCO MARIA CARMEN, MOLES ARCOS BARBARA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando las personas enferman pasan a encontrarse en una situación de vulnerabilidad y fragilidad mayor en la que el riesgo de que su dignidad como persona se vea afectada también crece.
El miedo, la incertidumbre, el desconociendo, el sufrimiento y el dolor que viven hace que en muchas ocasiones dejen su enfermedad en manos de profesionales a los que se les presupone una calidez, capacidad de escucha y empatía, que en muchas ocasiones no se da. Bien por cuestiones personales, por falta de preparación, por falta de tiempo debido a la importante carga asistencial, por muchas razones que a veces se escapan a nuestro control aun siendo conscientes de las consecuencias que tienen para los pacientes.
Nos encontramos que, en muchas ocasiones, cuando un paciente ingresa en un hospital, se ve afectado su entorno, su intimidad, sus pertenencias, comparte espacio con desconocidos y también la información relativa a su proceso, puede llegar a identificarse como un número de habitación, por cuestiones de operatividad etc.
En estas condiciones de despersonalización no podemos hablar de calidad asistencial y se hace imprescindible poner en el centro de nuestra atención la HUMANIZACIÓN.
Como vemos el foco en la Humanización se hace necesario, y más aún, si tenemos en cuenta que son los propios pacientes los que lo demandan como tal. Así quedó reflejado en el Foro Aragonés de Pacientes en el que se reclamaba al Gobierno de Aragón y Plan de humanización de la asistencia sanitaria.
Es cierto que a las barreras para la humanización son múltiples. Burocracia, tecnificación, carga asistencial, leguaje tecnificado, exceso de demanda y utilización de servicios sanitarios formación, falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales, la falta de coordinación entre servicios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

profesionales, el aumento de las exigencias de los ciudadanos, etc. No obstante, hemos de tener presente que, a pesar de todas ellas, todos los profesionales somos responsables de crear un espacio humanizado, en el que paliemos el sufrimiento humano y generemos actitudes y conductas humanizantes.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Analizar las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro.
2- Definir y catalogar las posibles " barreras"u "obstáculos (comunicación, empatia, cosificacion..) con los que se han podido encontrar los pacientes a lo largo de su proceso asistencial que pudieran llevarles a la despersonalización y/o deshumanización de su proceso.
3- Elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria.
4- Identificar y conocer iniciativas de humanización de otras organizaciones sanitarias.
5- Elaborar una propuesta de humanización del proceso asistencial en unidades clínicas. tras el estudio de realidad y diagnóstico realizados.
6- Realización de análisis DAFO de la propuesta final.
7- Planificar y programar actividades para desarrollo de la propuesta.

MÉTODO
El proyecto lo vamos a llevar a cabo desde la Subcomisión de Comunicación dentro de la Comisión de Paliativos del Sector de Barbastro.
Nos reuniremos a lo largo de este año con una frecuencia mínima bimensual para poner en común los aspectos que vayamos trabajando.
Empezaremos por el objetivo de análisis de las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro que trabajaremos conjuntamente con el objetivo de integrarlas todas las componentes del grupo y poder definir los elementos despersonilizadores y deshumanizantes con más detalle.
Para elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria nos planteamos hacer una revisión de planes de otras organizaciones sanitarias y llevar a cabo algún grupo focal con objeto de comprobar si son coincidentes o no los diferentes elementos de nuestro diagnóstico.
Con el diagnóstico realizado y las propuestas recogidas de otras instituciones, elaboraremos la nuestra propia incluyendo en ella el análisis DAFO, con cuya identificación de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades nos podamos plantear actividades y propuestas de cara al desarrollo de nuestro proyecto.

INDICADORES
No procede indicadores por el tipo de planteamiento de proyecto puesto que no es medible.

DURACIÓN
- Marzo 2019 a febrero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALPIN DE MUR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN MORENO LAURA
MIRANDA PEREZ LOURDES
BROTO GABARRE MARTA
ALIAGA OBENSA PILAR
LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR
MUZAS SUBIAS MARIA JOSE
CALVO SANCERNE BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre las personas que hacemos este proyecto para concretar:
1.Tipo de paciente que vamos a estudiar.
Serán pacientes con un Norton de 19 y/o 20.
2.Tiempos que vamos a invertir en las diferentes etapas del proyecto.
Durante dos semanas observaremos los hábitos higiénicos de nuestros pacientes Norton 19/20.
Las semanas siguientes pondremos en marcha el proyecto, explicando a nuestros pacientes el estudio que estamos haciendo en el servicio de Medicina Interna.
Este etapa será de 12 semanas.
3.Diseño de los soportes físicos que nos ayudarán a realizar en proyecto.
Realizamos un tríptico el cual se lo daremos al paciente para que lo tenga, lo mire y así le sirva de reflexión.
Realizamos mini carteles con la misma información que la colocaremos pegados en la cara interior de las puertas de todas las habitaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento hemos observado los hábitos higiénicos de este tipo de pacientes. En esta etapa los pacientes no saben que están siendo parte de un proyecto. Nosotras registramos cuantos pacientes Norton 19/20 se lavan las manos en diferentes momentos del día y los dientes.
Los resultados son "malos", el 85% de estos pacientes no tienen hábitos saludables de higiene de manos y boca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión obtenida hasta ahora, es que necesitamos hacer educación a estar personas mayores que no sabe la importancia del aseo personal básico, para evitar infecciones y para sentirse con mejor salud y mayor bienestar personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/773 ========== ***

Nº de registro: 0773

Título
EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Autores:
ALPIN DEMUR MARIA ANGELES, ROLDAN MORENO LAURA, ESCAR FONDEVILA MARIA VICTORIA, BROTO GABARRE MARTA, ALIAGA OBENSA PILAR, LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR, MUZAS SUBIAS MARIA JOSE, CALVO SANCERNI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Deficit de higiene personal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Otro tipo Objetivos: Optimizar la higiene personal y salubridad

---

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La percepción de la enfermera sobre la higiene personal en pacientes autónomos ingresados en una planta de Especialidades Médicas muestra un déficit significativo con respecto a pacientes dependientes, cuya higiene está a cargo del personal de Enfermería (Enfermeras y TCAE).
El déficit en la higiene de manos y boca en pacientes ingresados con diferentes diagnósticos, pero con movilidad dentro de la habitación/planta, puede ocasionar la transmisión de enfermedades infecciosas, el deterioro de la propia salud, imagen y relaciones de convivencia.
Hay evidencia que las enfermedades nosocomiales se transmiten por las manos y de hecho se han realizado campañas exhaustivas de concienciación dirigidas al personal sanitario, pero no se han realizado enfocándolas en el paciente y acompañantes.
Hay un porcentaje de pacientes ingresados, no evaluado, que presentan un déficit higiénico significativo, bien debido a su procedencia social, a la soledad o por efecto de la enfermedad que padece.
La acción enfermera para mejorar esa situación de déficit esta limitada por:
a) El respeto a la condición del paciente y por no herir su sensibilidad.
b) Por la ausencia de un protocolo de higiene personal, y su aplicación sistemática durante el ingreso.
La aplicación de un protocolo de higiene, especialmente el lavado y cuidados de las manos, y la higiene bucal, permitiría:
1. Mejorar autoestima, autoimagen y estado de salud del paciente.
2. Mejorar la salubridad y la convivencia en nuestra unidad de hospitalización.
3. Reducir la transmisión de infecciones nosocomiales, entre otras medidas de protección.
4. Realizar un proceso educacional que pueda tener continuidad tras el alta.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Implementar medidas de higiene personal y salubridad en pacientes autónomos ingresados en una planta de hospitalización
2. Desarrollar un protocolo de actuación de Enfermería con respecto la higiene de los pacientes autónomos.
3. Aplicación inicial en la Unidad de Enfermería de Especialidades, con extensión posterior al resto del hospital.

MÉTODO
1. Diseño y elaboración de un díptico informativo para entregar a los pacientes a su ingreso en planta, con las pautas recomendadas de higiene personal (documento 2)
2. Identificación del paciente autónomo a partir de la hoja de Valoración Enfermera al ingreso.
3. Valoración de la higiene y cuidado de las manos y boca mediante encuesta y observación (para ello será necesaria la elaboración del documento 1).
4. Educación para la salud : Informar y convencer al paciente del cumplimiento de las normas explicadas en el díptico informativo y mantener el estímulo diario de higiene personal. (documento 2).
5. Proveer de material: jabón, papel secante y kit para la higiene bucal a todos los pacientes autónomos que no dispongan de ello ni tengan medios para conseguirlos.
6. Evaluar si el programa de educación es efectivo. Evaluación al alta de la higiene de manos y boca mediante encuesta (documento 3).
7. Revisión bibliográfica del tema
8. Difusión de los resultados y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES
1. La cantidad de jabón y pasta dentífrica y papel secante que se gasta en un mes en la planta.
2. Elaboración de díptico (Sí / No)
3. Evaluación al ingreso: % de pacientes con un estado de aseo “Descuidado" y % de pacientes con “Mal estado”.
4. Evaluación al alta: % de pacientes con estado de aseo “Descuidado" y % de pacientes con “Mal estado”.
5. Valorar una disminución del 25% de pacientes con “Descuidado/Mal estado de aseo personal” tras la aplicación del proceso educativo.

DURACIÓN
El periodo de elaboración y diseño de la actividad comprenderá 1 mes y medio, del 15 de mayo a 30 de junio. Incluirá reuniones semanales del equipo de mejora que elaborara: a) las hojas de evaluación inicial y final, b) la hoja informativa / díptico para la educación del paciente, y c) el diseño de un estudio estadístico de los resultados.
La aplicación de la actividad educacional se desarrollará durante 3 meses, del 1 de septiembre a 30 de noviembre. Durante el mes de diciembre se evaluarán los resultados de la actividad, con un informe de los resultados.

OBSERVACIONES
Sería satisfactorio para los ingresados y cuidadores disponer de gel y papel secante, para poder realizar el acto más importante para la prevención nosocomial facilmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA PEYRET FERRER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN LOBERA PAULA
ALTEMIR CORTES MARIA
RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA
CRUELLAS SATORRES EDUARDO
MUZAS SUBIAS MARIA JOSE
BUERA PANO LETICIA
CABRERIZO MUZAS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MARZO 2019: Diseño encuesta, que es consensuada por todos los miembros del equipo. Se entregará para su cumplimentación a todo el personal de la planta durante las 3 semanas restantes del mes de marzo. Se coloca un buzón en la salita donde depositar las encuestas una vez rellenadas, de forma anónima.

ABRIL 2019: Valoración y puesta en común de las conclusiones de la encuesta realizada.
Vistos estos resultados y tras varios turnos de opiniones se acuerda que
cada miembro del equipo aportará su diseño de parte entre Tcae para ponerlos en común en la siguiente reunión.
Búsqueda bibliográfica: Consultamos con otras plantas de hospitalización,. Se aportan también modelos utilizados en otros hospitales de nuestra comunidad. Buscamos también modelos en Internet.

MAYO 2019: En varias reuniones se discuten las distintas opciones. Finalmente llegamos por consenso a un acuerdo para realizar una plantilla.
IMPORTANTÍSIMO: Se pretende que en el cambio de turno haya un momento de puesta en común entre cada enfermera y Tcae correspondiente acerca de las incidencias de los pacientes en común. Esta comunicación no siempre se realiza y consideramos que es muy
importante para una adecuada gestión de cuidados.
JUNIO 2019: Se realizan 2 sesiones informativas para captar a todo el personal de la planta.
Decidimos poner en práctica las acciones propuestas y comenzar el pilotaje con la plantilla de parte entre Tcae.

Comienza el período vacacional por lo que intentaremos aportar la información al personal que realiza sustituciones de verano.
Nos damos cuenta de que es difícil hacer un seguimiento por la falta de continuidad de la plantilla habitual en estas fechas.

OCTUBRE 2019: Nueva reunión del equipo.
La valoración es positiva por parte de todos los miembros. Cualitativamente, se ha apreciado mejora en algunos aspectos y se valora muy positivamente la utilización del parte escrito de Tcae.
Decidimos realizar algún cambio en la hoja de parte de Tcae, ampliando el apartado de Observaciones. También cambiamos el orden a los apartados Tª y Diuresis, para favorecer la recogida de datos durante el turno de trabajo.
Verificamos que todavía fallamos en la actualización de la pizarra.
No siempre se mantiene el momento de intercambio de información entre Enfermera- Tcae al principio del turno, sobre todo por la mañana.
Hacemos cambios en la planificación, que quedan descritos más abajo.

NOVIEMBRE 2019: Aprovechando las reuniones de planificación y reparto de festivos en período navideño, a las cuales acude la mayor parte del personal, se da un toque de atención y se recuerda la dinámica propuesta en este plan.
Se repiten las pautas previstas:
- En el turno de mañana, una vez que todos los profesionales han recibido el parte proveniente de su compañero del turno anterior, antes de iniciar la preparación de medicación las enfermeras y la recogida de diuresis y control de temperatuas las Tcaes, dedicaremos 5 minutos a la interacción entre cada enfermera y su Técnico correspondiente para poner en común incidencias, pruebas, cambios en los pacientes que se comparten. Este momento de comunicación tendrá lugar en el Control de Enfermería.
- Según los cambios que ha habido durante el turno y tras el pase de visita médica, la enfermera actualizará los datos reflejados en la pizarra referentes a pruebas, movilización, control diuresis y altas de pacientes a domicilio o traslados a otro centro.
- Cada Tcae modificará su parte actualizándolo según los cambios que ha habido para poder transmitirlo con la mayor fiabilidad al compañero que le releve en el turno.
- Nos preocuparemos de que haya siempre plantillas disponibles para el parte de Tcae.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La valoración unánime del equipo de mejora es positiva. A pesar de que en un principio este proyecto fue recibido de forma reticente por la mitad del personal Tcae, tras este período percibimos que la gente está utilizando nuestro formato y se ha visto un esfuerzo general por aplicar las medidas propuestas.
No disponemos de momento de indicadores objetivos para cuantificar los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la última reunión del equipo de mejora realizada en noviembre y la nueva planificación diseñada, decidimos posponer la recogida de la muestra al azar de hojas de parte escrito cumplimentadas, hasta el primer trimestre de 2020.
- Por unanimidad se decide prolongar este plan de mejora durante el primer semestre del año 2020 con el siguiente calendario:
- Marzo 2020: Elaboración nueva encuesta que se ofertará a todo el personal de la unidad. Se cumplimentará durante el mes de abril.
- Mayo 2020: Valoración conclusiones de la encuesta. Evaluación final.Sesión general en la Unidad para transmitir los resultados a todo el personal.
Finalización del proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/811 ========== ***

Nº de registro: 0811

Título
MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Autores:
PEYRET FERRER INMACULADA, SANMARTIN LOBERA PAULA, ALTEMIR CORTES MARIA, RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA, CRUELLAS SATORRES EDUARDO, MUZAS SUBIAS MARIA JOSE, BUERA PANO LETICIA, CABRERIZO MUZAS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un intercambio de comunicación productivo y eficaz entre los distintos profesionales del equipo en una planta de hospitalización es básico para una adecuada atención al paciente.
Para fomentar la seguridad a nivel hospitalario, una de las soluciones que propone la OMS es la mejora de la comunicación. Debe ser una comunicación constructiva.
La continuidad en el seguimiento del paciente es primordial para una evolución adecuada de su patología. Nos encontramos en una planta de hospitalización en la que Enfermería realiza turnos de 12 horas y TCAE turnos de 8 horas. Con frecuencia acude personal ajeno a la planta, que realiza sustituciones en días de libranza del personal habitual, cubre situaciones de baja por enfermedad, permisos…
Al no ser siempre el mismo personal, es difícil un seguimiento continuo del paciente, por lo que hemos detectado que se pierde información en los cambios de turno.
Se pretende unificar criterios concernientes a la información básica que se debe dar en el relevo o parte en cada cambio de turno, tanto entre enfermera-Tcae, como Tcae-Tcae y viceversa.
Ha de incidir en las variables que hayan variado de su curso normal dentro del turno, informando de cualquier cambio relevante, cualquier excepción: ayunas, pruebas, intervenciones…
Esto complementa la información que se deja por escrito, de todas las actividades que llevamos a cabo en nuestro proceso de cuidados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la pérdida de información importante para el proceso de cuidados del paciente, que se pierde en los cambios de turno.
- Mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes.
- Mejorar la comunicación entre el personal implicado en la atención al paciente, dentro de la planta de hospitalización.

MÉTODO
- Diseñar una encuesta a cumplimentar por el personal en plantilla de nuestra planta, para verificar el porcentaje de personas que consideran necesario una modificación en la forma de dar el parte en el cambio de turno.
- Reuniones periódicas de los miembros del equipo de mejora para puesta en común y toma de decisiones.
- Revisión y búsqueda bibliográfica de modelos.
- Revisión del formato utilizado hasta la actualidad.
- Elaboración de modelos de parte para transmisión de información
- entre los distintos profesionales.
- Sesión informativa
- Evaluación del proyecto y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES
Se realizará una encuesta a los miembros del equipo de hospitalización en la que evalúen la efectividad, practicidad, agilidad del modelo utilizado.
Inicialmente se realizará una revisión para cuantificar los errores que se observan con el formato actual de modelo de parte y cifrar el porcentaje de errores observados.
Tras el diseño del nuevo modelo, aceptación e implementación, se recogerá nueva muestra al azar de hojas una vez cumplimentadas, para comprobar el porcentaje de errores y cuantificar la mejora.

DURACIÓN
Marzo 2019: Diseño encuesta previa para definir necesidades.
Abril 2019: Revisión modelo actual para cuantificar porcentaje errores. Cumplimentación encuesta por parte del personal.
Abril a Junio 2019: Acciones de mejora.
Junio 2019: Sesión informativa al personal de la planta para difusión nuevo modelo diseñado.
Diciembre 2019: Evaluación del proyecto mediante nueva encuesta al personal de la planta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBRES GUILLEN PILAR
OTTO NOGUERO MARIA PAZ
PEREZ RUEDA NOELIA
GONZALEZ PAVON LAURA
BARRIGA CONDE ANA MARIA
LANAO SENZ PILAR
PUYAL MELE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para llevar a cabo este proyecto se procedió a realizar un cuestionario para autocumplimentación a los profesionales de enfermería del Hospital de Barbastro y del Casar de Fraga, incluyendo variables cualitativas y cuantitativas sobre la extracción de hemocultivos. Dicho cuestionario se llevo a cabo en el periodo de Abril-mayo 2019. A dicho cuestionario contestaron 113 profesionales de enfermería.
Se esta llevando a cabo el análisis de dichos cuestionarios, para realizar una charla informativa de los resultados obtenidos así como proceder a la formación para llevar a cabo la técnica de extracción de hemocultivos.
Se elaborara un protocolo de actuación y posters sobre la técnica.
Una vez realizado esto se volverá a pasar un cuestionario para valorar como son los resultados tras las acciones correctivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dichos resultados no están disponibles ya que se esta llevando a cabo el análisis de los datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La participación a la hora de cumplimentar los cuestionarios fue alta por parte del personal de enfermería del Hospital de Barbastro. El proyecto sigue en seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/490 ========== ***

Nº de registro: 0490

Título
PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN PILAR, OTTO NOGUERO MARIA PAZ, PEREZ RUEDA NOELIA, GONZALEZ PAVON LAURA, BARRIGA CONDE ANA MARIA, LANAO SENZ PILAR, PUYAL MELE ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se define como bacteriemia y fungemia, a la presencia en sangre de bacterias y hongos, respectivamente. Procesos asociados a una mortalidad elevada, que puede oscilar entre el 10-30% según las series consultadas y el tipo de proceso. Debido a la importancia diagnóstica y pronostica de la bacteriemia y de la fungemia, constituyen una de las prioridades del Laboratorio de Microbiología Clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

En la actualidad el hemocultivo sigue siendo el principal método de diagnóstico para determinar la etiología de una bacteriemia y/o fungemia. Su fácil realización lo hace asequible a cualquier centro y es el único método que hasta el momento permite el aislamiento del microorganismo viable, lo que es necesario para determinar su sensibilidad antibiótica. La utilidad del hemocultivo, sin embargo, está muy asociada a que se realice exclusivamente en pacientes con clínica compatible con bacteriemia porque la extracción en otras circunstancias incrementa el gasto sanitario y no aporta información clínicamente útil. Por otro lado, su valor práctico en el diagnóstico se ve perjudicado por el retraso en la obtención de resultados y porque no es positivo en todos los pacientes, siendo su rendimiento más bajo en aquellos pacientes en los que ya se ha instaurado tratamiento antibiótico o si la infección se produce por hongos, por bacterias de crecimiento lento o por aquellas con requerimientos especiales de crecimiento. Otro factor limitante clave es la elevada proporción de hemocultivos contaminados por microorganismos pertenecientes a la microbiota de la piel; este proceso genera errores diagnósticos, tratamientos inadecuados y ocasiona un elevado gasto económico para el sistema sanitario. Se acepta como tasa máxima de contaminación el 3% de los hemocultivos practicados.
En 2018 en el Laboratorio de Microbiología del Hospital de Barbastro, se recibieron un total de 4101 extracciones de hemocultivo, procedentes de las diferentes unidades del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga. De todos ellos, un 5,60% (n: 230) la interpretación del hemocultivo fue “contaminado” o “posible contaminación”, porcentaje muy superior al aceptado en las guías que recordemos no debe ser superior al 3%.
La aplicación de una buena metodología para la extracción y procesamiento de los hemocultivos es necesaria para el aislamiento de todos los microorganismos productores de bacteriemia y/o fungemia. Siendo muy importante que el profesional encargado de realizar la toma del hemocultivo conozca y reciba formación sobre el momento y el lugar de extracción, la cantidad de sangre que hay que obtener, la atmosfera de incubación de los frascos de cultivo, el número de extracciones y las condiciones de asepsia a seguir.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL
Conocer la variabilidad práctica de los DUE del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, sobre la técnica para la extracción de los hemocultivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Reconocer los signos y síntomas que un paciente debe presentar para la extracción de hemocultivos por parte de los profesionales de enfermería.
Determinar las condiciones de asepsia/esterilidad de la técnica.
Establecer la utilización (desinfección, orden de llenado, volumen, cambio de aguja) de los frascos de hemocultivo.

MÉTODO
1º Realizar un estudio descriptivo observacional transversal mediante la entrega de un cuestionario para autocumplimentación a los profesionales de enfermería del Hospital de Barbastro y d,el CASAR de Fraga, incluyendo variables cualitativas y cuantitativas sobre la extracción de hemocultivos. Periodo estimado: 1 mes.
2º Realizar una charla informativa de los resultados obtenidos, así como formativa sobre el protocolo a seguir en la extracción de hemocultivos. Elaboración de protocolo de actuación y posters recordativos de la técnica.
3º Evaluar con la entrega de un nuevo cuestionario al personal de enfermería en diciembre del 2019 y con la valoración de los resultados de los hemocultivo, si ha existido variabilidad en el número de hemocultivos contaminados en el Hospital de Barbastro y CASAR de Fraga entre el antes y el después de la acción correctiva.

INDICADORES
- Número de extracciones de hemocultivo “contaminados” o “posiblemente contaminados” en 2019.

DURACIÓN
- Entrega cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2019.
- Análisis de los resultados y elaboración de protocolo de actuación y posters, entre el 15 de abril y el 31 de mayo de 2019.
- Charla-taller formativo, primera quincena de junio de 2019.
- Entrega de segundo cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 1 y 31 de diciembre de 2019.
- Análisis comparativos de los resultados entre el primer y el segundo semestre del 2019, en el primer trimestre del 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0229

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACIÓN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA
ANDRES ALIERTA MARTA
ARAZO SOLANA EVA
BUIL TORO MARIA LUZ
LARRAMONA BALLARIN RITA
OLIVARES CLUSA CONCEPCION
SAGARRA NADAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La correcta estimación del peso seco de los pacientes en hemodiálisis es un parámetro de diálisis adecuada. Para su determinación se utilizan habitualmente parámetros clínicos como ganancia de peso interdiálisis, presencia de hipertensión y episodios de hipotensión intradiálisis entre otros. El estado de sobrehidratación conlleva mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes y un estado de deshidratación excesivo puede producir sintomatología que afecte gravemente a la vida diaria del paciente. Por ello, se han desarrollado métodos adicionales, como la bioimpedanciometría, para ayudar al clínico a detectar pequeños cambios de volemia y a predecir de una forma más objetiva el peso seco del paciente.

En este proyecto se ha llevado a cabo la puesta en marcha del equipo de bioimpedancia, previamente sin batería ni revisión desde hacía aproximadamente 3 años.

Se ha realizado una actualización sobre el funcionamiento del bioimpedanciómetro y sobre el conocimiento de su utilización y aplicabilidad con el personal sanitario de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro. Se han realizado sesiones informativas y prácticas.

Se ha aplicado el test de bioimpedancia (BIA) para ajuste de peso seco a pacientes en programa de hemodiálisis; siendo la realización indicada por el médico responsable y practicada por el D.U.E. correspondiente, en aquéllos casos en que se objetivaba dificultad para la determinación del peso seco basándose únicamente en parámetros clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Total de BIA realizados: 9.
Total de modificaciones y ajuste de peso seco tras realización de BIA: 5.

Se realizaron modificaciones del peso seco estimado en el 55% de los casos de test de bioimpedanciometría realizados.
La Unidad de Hemodiálisis de Barbastro ha atendido durante todos los meses del año 2019 una media aproximada de 45 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación de la bioimpedancia en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro ha contribuido a mejorar el estado de salud de nuestros pacientes.
Se ha podido corregir el estado de hidratación con una mayor precisión en aquéllos pacientes en quienes, por enfermedades y/o comorbilidades subyacentes, se ha valorado como un proceso más complejo y dificultoso mediante la estimación clínica como única herramienta. En más de la mitad de los casos realizados, ha contribuido a precisar el estado de hidratación de nuestros pacientes.
Se recomienda su implementación en las Unidades de Hemodiálisis para ayudar en la estimación del peso seco, constribuyendo a los criterios clínicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/229 ========== ***

Nº de registro: 0229

Título
VALORACION DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACION MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0229

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACIÓN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, ANDRES ALIERTA MARTA, OLIVARES CLUSA CONCEPCION, PASCUAL RUBIO MARIA OLGA, SAMPER ENCINAS NURIA, BUIL TORO MARIA LUZ, LARRAMONA BALLARIN RITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: hemodialisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La correcta estimación del peso seco de los pacientes en hemodiálisis es un parámetro de diálisis adecuada. Para su determinación se utilizan habitualmente parámetros clínicos como ganancia de peso interdiálisis, presencia de hipertensión y episodios de hipotensión intradiálisis entre otros.
El estado de sobrehidratación conlleva mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes y un estado de deshidratación excesivo puede producir sintomatología que afecte gravemente a la vida diaria del paciente. Por ello, se han desarrollado métodos adicionales, como la bioimpedanciometria, para ayudar al clínico a detectar pequeños cambios de volemia y a predecir de una forma más objetiva el peso seco del paciente.
En nuestra Unidad de Hemodiálisis de Barbastro, debido a la edad de nuestros pacientes, que dificulta la adecuada estimación del peso seco, se han objetivado estados de sobrehidratación en los últimos meses.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del estudio es la implementación de la bioimpedancia en la Unidad de Hemodiálisis.

MÉTODO
Realización de bioimpedancia a los pacientes de hemodiálisis en la sala de sesiones de hemodiálisis por los D.U.E de hemodiálisis. Evaluación de resultados y ajuste de peso seco por los facultativos de Nefrología

INDICADORES
Evaluar el impacto de la utilización de bioimpedancia en nuestra Unidad.
Número de pacientes a los que se realiza dicha técnica con la consecuente adecuación de hidratación y ajuste de peso posterior.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: Marzo 2019
Fecha prevista de finalización-revisión: Diciembre 2019, periodicidad anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0247

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA RUBIO RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEGA VIDALLE CONCEPCION
GARCIA HERVAS MARIA AMELIA
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO
GAIRIN LACAMBRA MARIA
MORA ROLDAN LAURA
LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS
RAMOS ESPAÑOL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo establecido se ha consensuado junto con el equipo de trabajo del servicio de hemodiálisis (enfermería y médicos de la unidad) los criterios de valoración de las fistulas nativas (FAVn) en las primeras semanas tras su realización. Posteriormente se ha elaborado un protocolo de vigilancia siguiendo lo establecido en las Guías de Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas por la Sociedad Española de Nefrología (Nefrología. 2017; 37 (1): 1-177). El registro se ha llevado a cabo en formato papel y excel. Se han medido los indicadores según lo establecido en el proyecto inicial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los objetivos propuestos en este proyecto:
-realizar un control clínico de la fistulas en las primeras cuatro semanas de su realización del Servicio de Nefrología del Hospital de Barbastro (Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Unidad de Hemodiálisis).
-diagnosticar FAVn con problemas de desarrollo y signos de inmadurez para poder ofertar tratamiento precoz.
Durante el año 2019 se han realizado 8 fistulas nativas: 2 FAVn radiocefálicas y 6 FAVn proximales humerocefálicas. Se ha evaluado el desarrollo de la fistula en 8 FAVn (100%), la presencia de frémito en 8 FAVn (100%), presencia de edema en la extremidad en 8 FAVn (100%). Se han retirado los puntos en nuestra unidad en 4 FAVn (50%) y el resto han sido remitidas al centro de salud. Tres pacientes (37%) han necesitado ajustes sucesivos de medicación para el control de su hipertensión arterial por episodios constatados de hipotensión.

Objetivos esperados: (Nefrología. 2017; 37 (1): 1-177)
-Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización). Periodicidad anual. Estándar de proceso al menos 90%: 100% de FAVn realizadas que han sido revisadas a las 4 semanas de su realización quirúrgica.

-Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento
1. FAVn radiocefálica: Periodicidad anual. Estándar de proceso menos 35%: No se ha constatado FAVn radiocefálicas trombosadas a los 30 días (0%).
2. FAVn proximal utilizando la arteria humeral: Periodicidad anual. Estándar de proceso menos 25%: No se ha constatado FAVn proximales trombosadas a los 30 días (0%).

El 100% de las FAVn han presentado una adecuada maduración durante el periodo de vigilancia por lo que no ha sido preciso la realización de ecografía-doppler ni valoración por parte de cirugía vascular en este primer periodo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La identificación del paciente con FAVn inmadura es importante para garantizar la permeabilidad y supervivencia de acceso vascular. La revisión tardía (más allá del segundo o tercer mes impide un correcto diagnóstico y tratamiento.
Hemos conseguido un adecuado control y seguimiento de las FAVn en nuestra unidad; así mismo ha pasado a formar parte de la práctica clínica habitual de nuestro servicio. Una adecuada monitorización del desarrollo, control de la aparición de inflamación y edema, cuando retirar los puntos de sutura y la prevención de los episodios de hipotensión arterial, puede justificar nuestros resultados, aunque el número de FAVn realizadas y el tamaño muestral analizado ha sido reducido.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto de mejora solo ha tenido en cuenta a las FAV nativas, por lo que consideramos en un futuro la inclusión de las FAV protésicas.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/247 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0247

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Nº de registro: 0247

Título
CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Autores:
RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS MARIA AMELIA, BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, GAIRIN LACAMBRA MARIA, MORA ROLDAN LAURA, LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS, RAMOS ESPAÑOL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se estima que entre un 28 y un 53% de las fístulas arteriovenosas (FAV) una vez realizadas, no maduran lo suficiente para su uso en HD. Una maduración insuficiente de la fístula arteriovenosa nativa (FAVn) puede aumentar la incidencia de las complicaciones relacionadas y reducir su supervivencia.
La mayor parte de los cambios hemodinámicos y morfológicos tras la realización de la FAV se producen durante las primeras 2-4 semanas. A partir de esa fecha, en los casos de FAV inmadura se produce un descenso progresivo del flujo, susceptible de complicaciones. Un tratamiento precoz de las lesiones subyacentes puede aumentar en un 47% la probabilidad de maduración del acceso. Se recomienda la revisión a las 4 semanas tras el acto quirúrgico y se considera un indicador de calidad del proceso de atención a la FAV.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un control clínico de las FAV de reciente realización en las 4 primeras semanas tras su realización en pacientes de:
-consulta de enfermedad renal crónica avanzada.
-del Servicio de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro, que han iniciado diálisis mediante otro acceso vascular.
-Efectuar el diagnóstico precoz de FAVi inmadura y trombosis en una FAVn de reciente realización.

MÉTODO
- Exploración física de la FAVi dentro de las primeras 4 semanas tras su realización. Se valorará: el grado de desarrollo, existencia de soplo y frémito, pulsos distales, temperatura y edema de la extremidad y retirada de puntos cuando sea preciso. Se ajustará tratamiento para control de la tensión arterial con el objetivo de evitar episodios de hipotensión.
-En caso de duda sobre su funcionamiento o desarrollo insuficiente evidenciado mediante la exploración física de la consulta, se efectuará una ecografía doppler.

INDICADORES
-Indicador de PROCESO: Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización)
-FAV realizadas que han sido revisadas a las 4 semanas de su realización x 100 / todas las FAVn realizadas en la unidad. (%). Estándar de proceso al menos 90%.

-Indicador de RESULTADO: Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento
1. FAVn radiocefálica: FAVn radiocefálica trombosada a los 30 días x 100/ total de pacientes a los que se les realiza FAVn radiocefálica. (%). Estándar de proceso menos 35%.
2. FAVn proximal utilizando la arteria humeral: FAVn proximal trombosada a los 30 días x 100/total de pacientes que a los que se le realiza FAVn proximal. (%). Estándar de proceso menos 25%.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio marzo 2019. Fecha prevista de finalización febrero 2020.
Desarrollo del sistema de evaluación ambulatoria por Enfermería de Hemodiálisis y FEA de Nefrología del Hospital de Barbastro (marzo 2019)
Realización del sistema de evaluación ambulatoria hasta fecha de finalización.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0247

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

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

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0656

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO UNA HOJA INFORMATIVA ACTUALIZADA DE LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES PARA LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE
SE HA PREGUNTADO A 10 PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA HOJA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO MEDIO DE SATISFACCION DE 0 A 10 ES DE 8, POR LO QUE ESTÁN SATISFECHOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE SEGUIRÁ DISTRIBUYENDO LA HOJA INFORMATIVA PARA INICIOS O CAMBIOS DE TRATAMIENTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/656 ========== ***

Nº de registro: 0656

Título
HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

Autores:
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia media de esclerosis múltiple es de 100 pacientes/100.000 habitantes. En los últimos años la cantidad de tratamientos modificadores de la enfermedad y sintomáticos ha aumentado de forma significativa.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar hoja informativa sobre los diferentes tratamientos en esclerosis múltiple adapatada a los pacientes con el objetivo de que conozcan las diferentes posibilidades terapeúticas que pueden ofrecerse

MÉTODO
Realización de hoja informativa
En momentos de inicio o cambio de tratamiento se aportará dicha hoja informativa

INDICADORES
Realización de hoja informativa S/N
Satisfacción del paciente escala 0 a 10

DURACIÓN
Junio-Septiembre 2019 realización de hoja informativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0656

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

Octubre 2019-Marzo 2019 distribución de hoja informativa y medición de satisfacción del paciente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0683

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT9)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VALORACIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE AIT, DERIVADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS O DE PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN ANALIZADO UN TOTAL DE 40 PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE AIT.
SE HAN VALORADO EN CONSULTA DE NEUROLOGÍA CON UNA DEMORA MEDIA DE DÍAS DE 18 DÍAS.
TODOS ELLOS CON LA REALIZACIÓN DE DUPLEX TSA CON UNA DEMORA MENOR A 20 DÍAS.
DE LOS 40 PACIENTES, SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO EN UN 72%, A LOS CUALES EN UN 80% SE MANTIENE LA TERAPIA INICIADA DESDE URGENCIAS O PRIMARIA, 5% SE CAMBIA DE TERAPIA Y EL 15% SE COMPLETA ESTUDIO PARA VALORAR OTRAS ETIOLOGÍAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ATENCIÓN PRECOZ EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE LOS AIT ES FUNDAMENTAL PARA INICIAR TERAPIAS ADECUADAS PARA PREVENIR LA PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR TIPO ICTUS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/683 ========== ***

Nº de registro: 0683

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT)

Autores:
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GARCIA JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad cerebrovascular es una de las primeras causas de mortalidad, y la primera de discapacidad, en adultos. Actualmente existen pocos datos precisos sobre la incidencia y la prevalencia del ataque isquémico transitorio (AIT), pero su importancia epidemiológica radica en que el AIT es un factor predictor de enfermedades vasculares, y en concreto de ictus; la prevalencia estimada de AIT previos en pacientes con ictus ha sido de entre el 7% y el 40%. La atención médica urgente de un AIT reduce el riesgo de sufrir un ictus significativamente a corto plazo. Los factores de riesgo para presentar un AIT son los mismos que en el ictus; la incidencia del AIT también aumenta notablemente con la edad. Una evaluación diagnóstica adecuada de un paciente que sufre un AIT, permitirá iniciar precozmente medidas preventivas individuales que reduzcan el riesgo de desarrollar más eventos vasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar a todos los pacientes diagnosticados de probable AIT tanto desde el servicio de urgencias como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0683

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT9)

atención primaria en un tiempo de menos de dos semanas en las consultas de Neurología.

MÉTODO
El paciente una vez identificado de la patología AIT, se solicita un duplex TSA cuay realización se hace en menos de dos semanas. Ya comprometido el servicio de radiología identifcando el paciente como Vía AIT.
Por parte del servicio de urgencias nos imprimen el informe de urgencias y a través de celador llega a nuestras consultas y se da cita en menos de 15 días con el duplex realizado.

INDICADORES
Se va a establecer la consulta vía AIT, con una media esperable 6 pacientes al mes, que se cumple la realización del estudio básico con duplex y neuroimagen basal, y se aplica tratamiento de prevención para nuevos eventos o para el ictus.
Se decide ampliar estudio con otras pruebas según el perfil clínico cuya realización se cumple en el plazo máximo de 2 meses.

DURACIÓN
La consuta se ha iniciado este año y se creará de manera indefinida para valorar resultados, y se hará un registro de los AITs valorados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GUARDIA DODORICO LORENA
CASTELLA SEGARRA MARTA
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
PALLARES ARNAL VICTORIA
MARTI GAMBOA SABINA
BRETON HERNANDEZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología durante el 2019, recogiendo los datos de las variables más importantes (vía, indicación, complicaciones, estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones). Posteriormente se ha comparado los resultados con los 3 años previos.
A partir del 2019 el servicio de Ginecología ha empezado con el uso de la Historia Clínica Electrónica, por lo que la información se ha recopilado principalmente por este medio y sólo en algunos casos con la historia física. Se ha obtenido los datos de todas las pacientes histerectomizadas en el periodo comprendido entre el 1 enero 2019 al 31 diciembre 2019. Se analizaron los datos y posteriormente se compararon con datos de años anteriores (2016, 2017 y 2018). Consecutivamente los resultados se comentarán en sesión clínica con los ginecólogos del servicio (febrero 2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2019. Se realizaron 67 histerectomías, de las cuales se excluyeron a dos pacientes con histerectomías realizadas de manera urgente, una por hemorragia postparto tardía sin corrección tras colocación de balón de Bakri y otra por sangrado menstrual abundante, con anemia sintomática sin mejoría con tratamiento médico. Por lo tanto, el análisis se hizo con las 65 histerectomías programadas.

La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97%, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y el 31.08% por vía laparoscopia (incluyendo vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia completa). Las indicaciones para realizar una histerectomía fueron: Útero Polimiomatoso/Sangrado menstrual abundante (43.08%), Prolapso genital (41.54%), Hiperplasia endometrial (12.31%), donde se incluyó un Síndrome de Lynch y la menos frecuente fue por patología cervical/vaginal con CIN 3/HSIL persistente (3.08%).
Durante el 2019, en nuestro hospital no se realizó histerectomías por cáncer ginecológico, debido a que se ha derivado en todos los casos al hospital de referencia (Hospital Universitario Miguel Servet). En los casos de patología anexial benigna, para poder realizar la anexectomía correctamente, se excluyó la vía vaginal.
La edad media de las pacientes fue de 55 años, en el caso de la histerectomía abdominal fue de 45 años, en la vaginal de 67 años y en laparoscopia 58 años. El porcentaje de complicaciones generales fueron del 27.69%, la vía laparoscópica a diferencia de años previos fue la que menos complicaciones tuvo (11.11%), las vaginales (31.82%) y la cirugía abdominal (34.78%).
La complicación más frecuente fue la anemia correspondiendo un 10.44% de las histerectomías, en las abdominales (17,39%), en laparoscopias (11.11%) y en las vaginales (9.09%). Sin embargo, solamente se ha transfundido sangre a 4 paciente (6.15%) y la administración de hierro intravenoso a 6 pacientes (9.2%). Tras una histerectomía se disminuye en media 1.85 gr/dl de hemoglobina.
La segunda complicación más frecuente fueron una compilación de diversas patologías en un 6.15% (lesión vesical, ángor hemodinámico, retención urinaria aguda, dolor abdominal, dehiscencia de cúpula, cefalea postpunción y presincopes vasovagales), la infección de orina ocurrió en 4.5% y la fiebre que se observó en 2.9%
La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 3.9 días, 4.6 días para la histerectomía abdominal, de 3.6 días para la vaginal y de 3.5 días para la laparoscópica. De las variables estudiadas, la vía laparoscópica en comparación con vía abdominal ha obtenido durante 2019 el menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebre y otras complicaciones) y menor estancia hospitalaria.
Debieron reingresar al hospital 2 pacientes, un 3.07% del total de operadas. Un caso de lesión vesical y otra por sangrado/absceso pélvico.
El porcentaje de reintervenciones fue del 4.6%, se debieron re-operar a 3 pacientes principalmente tras un proceso hemorrágico (sangrado/absceso pélvico, hemoperitoneo, hematoma de cúpula y pared abdominal).
En un análisis comparativo de las histerectomías realizadas en 2016, 2017, 2018 y 2019. Las complicaciones fueron de 42.7%, 31.90%, 32.43% y 27,69% respectivamente, por lo tanto, se puede decir que el 2019 fue el año con menos complicaciones generales en 4 años y menor porcentaje de anemia, que ha sido siempre la complicación más frecuente. Fue de 23.72% en 2016, 36.14% en 2017, 17.57% en 2018 y 11.94% en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el 2019 se realizaron 65 histerectomías programadas de las cuales tuvieron alguna complicación 18 (27.69%), el porcentaje más bajo desde el 2016. Esto puede atribuirse a un equipo de ginecólogos bien conformados con criterios consistentes para la inclusión y correcta indicación de la vía quirúrgica de las pacientes para las histerectomías programadas. Además, una mejor preparación prequirúrgica y/o adecuada utilización de tratamiento médicos previos, sobre todo para prevenir la anemia previa a cirugía.
La complicación más frecuente fue la anemia (11.9%). El porcentaje de complicaciones de las histerectomías dependiendo de la vía fueron: abdominal (34.78%) versus vaginal (31.82%) y laparoscópica (11.11%). Concluimos que la vía laparoscópica aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación más rápida.
Durante 2019 no hubo ningún caso de reconversión de laparoscópica a cirugía abierta. En el 2018 tuvimos una tasa de 26% de reconversión hacia abierta. Esto nos puede indicar una correcta indicación de la vía quirúrgica y una mejora en la técnica de laparoscopia, por lo que se debería seguir promoviendo esta vía, salvo que este contraindicada.
Asimismo, en el 2019 fue el año con menor porcentaje de estancia media, la cual fue de 3.9 dias, por lo que recomendamos no demorar las altas postquirúrgicas.

METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

-Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Realizar analítica preoperatoria en el momento de la inclusión en LEQ a las pacientes con sangrado menstrual abundante.
-Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Tratamiento con análogos GN-Rh, anticonceptivos o gestágenos y acetato de ulipristal (en casos de miomas con un control estricto del perfil hepático) para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía.
-Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
-Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
-Actualización de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados pre y postoperatorios.
- Hacer la vía clínica el día de inclusión lista de espera o durante la revisión de los quirófanos.
- Realizar el sondaje vesical en el quirófano (evitar molestias a la paciente y prevenir infecciones).
-Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
-Impulsar la histerectomía vía laparoscópica y revisar minuciosamente estos casos.
-Propugnar en la medida de lo posible altas más precoces.
-Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica. Unificación en el manejo en caso de complicaciones.

7. OBSERVACIONES.
Para valorar la anemia por protocolo en la vía clínica se solicitaba un hemograma al día siguiente de la intervención. Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado los valores propuesto por la OMS de anemias moderadas-graves (una Hemoglobina <10mg/dl).

*** ========== Resumen del proyecto 2019/200 ========== ***

Nº de registro: 0200

Título
PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMAS).

Autores:
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, CASTELLA SEGARRA MARTA, MARTI GAMBOA SABINA, LATRE SASO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La histerectomía, es la operación programada más realizada en el servicio de ginecología, que se utiliza en el tratamiento de diversas patologías ginecológicas tanto benignas como malignas.
Esta se puede realizar por diversas vías (abdominal, vaginal o laparoscópica).

En el 2018 en el Hospital de Barbastro se realizaron 74 histerectomías programadas. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97% y el 22.97% por vía laparoscopia. La edad media de las pacientes fue de 57 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%). La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días. El 5.41% reingreso/reintervención.

RESULTADOS ESPERADOS
-Potenciar la cirugía segura para disminuir las complicaciones post-histerectomías.
-Valoración exhaustiva de la paciente prequirugicamente (indicación, vía, analíticas y tratamientos si precisa) con el objetivo de operar a las mujeres en las mejores condiciones posibles.
-Disminuir los días de estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones.
-Actualización de las vías clínicas de histerectomías.
-Disminución de tasas de conversión de cirugía laparoscopia a cirugía abierta.

MÉTODO
Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica. Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía. Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas. Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio. Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios. Estandarización en tratamientos de anemia. Unificación en el manejo en caso de complicaciones. Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas. Revisar las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta. Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES
Analizar el 100% de las histerectomía programadas durante el 2019. Se obtendrán las siguientes variables: Edad, motivo de indicación, vía, IMC, Hemoglobina previa y posterior a la cirugía, días de estancia, transfusión sanguínea, hierro endovenoso, complicaciones, reingresos y reintervenciones.

DURACIÓN
El proyecto incluirá la revisión y seguimiento de todas las pacientes a las que se les ha realizado una histerectomía programada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, se examinarán todas historias clínicas individualmente. En marzo-abril 2019 se actualizarán las vías clínicas de las histerectomías y se colgarán en la intranet para que el servicio este unificado. En mayo 2019 se revisan los datos obtenidos (mitad de proyecto) y se comentará en sesión de ginecología. En enero 2020 se concluirá la revisión de todos los casos y el análisis de los mismo. En enero-febrero 2020 se comunicarán los resultados en sesión del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0308

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA CASTELLA SEGARRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ONCINS TORRES ROSA MARIA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
SANZ PUERTOLAS ITZIAR PATRICIA
IBARZ GARCIA-CONSUEGRA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería e informáticos.

Diseñar una historia de patología cervical que se pueda visualizar en todo el sector.

Potenciar consulta de alta resolución para dar resultados y seguimiento.

Información sobre cribado en el Centros de Salud de Binefar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) Estudio de autotoma de 2019:
a. Recogidos 12 casos, 10 casos negativos, 2VPH positivos, uno positivo a 16 y otra positivo a otros. Los dos positivos citología ASCUS, Ningún HSIL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de la autotoma en la zona sector Binéfar ha sido un fracaso por la escasa colaboración del personal sanitario implicado en la zona. Sólo se han recogido 12 autotomas. Por tanto se decide finalizar el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/308 ========== ***

Nº de registro: 0308

Título
IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR.DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
CASTELLA SEGARRA MARTA, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ONCINS TORRES ROSA MARIA, MARTA CARLO BRUNO, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, SANZ PUERTOLAS ITZIAR PATRICIA, IBARZ GARCIA-CONSUEGRA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: DETECCION LESIONES PRECURSORAS CCU
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0308

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

del VPH en Atención Primaria y en 2018 ya hemos hecho el tercer año de la segunda ronda de cribado. Durante estos 13 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. En 2018 llegamos a una cobertura poblacional del 74,9% cifras recomendadas por la OMS, pero ZBS Binefar está por debajo de la cobertura del Sector (65,1%) y en 2019, proponemos realizar actividades en este centro para mejorar cobertura. Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos. En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP. En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de la población diana al cribado y potenciar la captación y cobertura.
Análisis a los 8 años de cribado con VPH se han diagnosticado 399 lesiones CIN2+ (371 CIN 2/3 y 28 Cánceres Invasores)
46 casos de CIN 2/3 son lesiones con VPH positivo y citología negativa (falsos negativos de la citología) lo que supone que un 12,39 % de casos se han diagnosticado por la mayor sensibilidad del test VPH.
Se detectaron 4 falsos negativos para VPH, 2 casos CIN2/3 y 2 Ca. Invasores (Un adenocarcinoma y un Ca. Escamoso).
La sensibilidad de la citología en 2018 fue del 86,21% con 4 falsos negativos. La del test VPH del 98,7%. 12 casos se han diagnosticado por persistencia VPH y citologías negativas.
La prevalencia de VPH positivos en nuestra población en mayores de 30 años es de un 9,36%. En 2017, en 2018 observamos un incremento hasta el 11.40%, esto puede ser debido a que las matronas de AP realizan controles a mujeres en seguimiento por la consulta de patología cervical.
Se han realizado en los 8 años de cribado con VPH 28.387 test (3,548 anuales). En 2018 Atención Primaria realiza el 82,79% de los mismos. La población diana en nuestro Sector para cribado VPH es 24.710 mujeres. Necesitaríamos hacer 4.942 test anuales para cribar al 100% de la población,. El coste del test es de 21 Euros, ello supondría unos 103.782 € anuales.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la cobertura en ZBS Binefar.
Implicación de enfermería en la captación de la población diana.
Evitar desplazamientos a las mujeres al Centro de Salud.
Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.
Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

MÉTODO
Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería e informáticos.
Diseñar una historia de patología cervical que se pueda visualizar en todo el sector.
Realizar las conizaciones con colposcopia dirigida.
Potenciar consulta de alta resolución para dar resultados y seguimiento.
Información sobre cribado en el Centros de Salud de Binefar.
Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.
Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.
Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.
Control de calidad por Anatomía Patológica

INDICADORES
Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo
Número de test de autotomas realizados
% de tests positivos en las autotomas
Número de CIN 3 diagnosticados.
Numero de Ca invasores diagnosticados

DURACIÓN
Mayo 2019 Formación grupo de trabajo.
Diseñar la historia electrónica y recogida de datos.
Sesiones en Centro de Salud de Binefar.
Charlas formativa a las mujeres en la misma localidad.
En Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CHARRO CALVILLO MARA
AURED DE LA SERNA ISABEL
ONCINS TORRES ROSA
PUJALA TORRALBA MARTA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo 2018-2019 se ha procedido a protocolizar y unificar todas las actividades implicadas en el desarrollo del proceso diagnóstico terapeútico del carcinoma colorrectal a través del comité de tumores digestivos del H. Barbastro.
Cada servicio implicado ha desarrollado sus guías y recomendaciones, desde el cribado, hasta el control endoscópico, estudio anatomo patológico de las muestras, indicación y frecuencia de pruebas radiológicas, etc.
Posteriormente, se ha unificado toda la información, para completar el Protocolo de actuación de todo el proceso, que guíe y asesore las decisiones del comité.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cada servicio ha hecho una revisión exhaustiva y actualizada de la parte correspondiente a su proceso. Una vez unificada toda la información, se ha procedido a la elaboración final del PROTOCOLO DIAGNOSTICO TERAPEÚTICO PARA EL CÁNCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU ÁREA SANITARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión y protocolización de todos los items implicados en un proceso, facilita la toma de decisiones, evita las desviaciones respecto de los estandares establecidos y aporta calidad al procedimiento. Quedará pendiente su revisión periódica y permanente, para ir ajustando las recomendaciones a los cambios diágnostico- terapeúticos que se producen evolutivamente, y mantener el protocolo actualizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/317 ========== ***

Nº de registro: 0317

Título
PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, AURED DE LA SERNA ISABEL, ONCINS TORRES ROSA, PUJALA TORRALBA MARTA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapeútico completo del paciente afecto de cáncer de colon.
Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales.
Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

RESULTADOS ESPERADOS
Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes.
Ello debe de agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

MÉTODO
El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

INDICADORES
El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria).
El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

DURACIÓN
Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018.
Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0340

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERERO ARAGON VERONICA
FLORIAN GERICO JESUS
GOMEZ RIVAS PAULA
YUS CEBRIAN FLOR
PERELLA ARNAL MATILDE INES
PAUL VILLADER PEDRO JOSE
ROMERO QUEZADA LORIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dado que el objetivo principal, que teníamos como estándar de calidad, para llevar a cabo este proyecto, era crear un algoritmo actualizado adecuado a la evidencia científica se han realizado las siguientes actividades:
-Enero 2019: Revisión de la última actualización de las guías clínicas nacionales e internacionales: [SEOM 2018, ESMO 2018, American Society of Hematology´s Choosing Wisely 2018, NCCN 2019]
-Enero 2019: Revisión bibliográfica base de datos [Pubmed, Cochrane]
-Enero 2019: Consenso multidisciplinar en las definiciones:
• Anemia según los CTCAE 5.0 [Common Terminology Criteria for Adverse Events versión 5.0, 2017]: 1-Grado 1: <12 hasta 10 g/dL [leve]; 2-Grado 2: <10 hasta 8 g/dL [moderada]; 3-Grado 3: < 8 g/dL [grave] y 4-Grado 4: amenazante para la vida [muy grave]
• Ferropenia: 1-Absoluta: ferritina <100 ng/mL y 2-Funcional: IST <20% [IST=índice de saturación de transferrina].
-Enero 2019: Reunión multidisciplinar puesta en común y elaboración del algoritmo.
-Febrero 2019: Elaboración inicial multidisciplinar actualizada del "Algoritmo diagnóstico-terapéutico actualizado para el manejo de déficit de hierro y anemia en pacientes con tumores sólidos" ANEXO 1.
-Marzo a Diciembre 2019: Recogida de datos de pacientes con tumores sólidos y anemia, en tratamiento oncológico para valorar la aplicación del algoritmo de acuerdo al estándar actual. Datos recogidos:
1. Nº pacientes con anemia, tumor sólido y tratamiento activo.
2. Nº transfusiones
3. Nº agentes estimulantes de eritropoyesis [AEE]
4. Nº infusiones hierro
-Reuniones trimestrales [enero, mayo, septiembre y diciembre] para difusión y revisión de la implementación del algoritmo en práctica clínica habitual.

ANEXO 1: ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DEFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS [SE ENVIA ALGORITMO A calidadensalud16@gmail.com]:

1-Hemoglobina 10-11g/dL:

-1a ¿Déficit de hierro?IST <20% o FS < 100ng/mL: tratamiento-->Hierro iv 1000 mg

-1b ¿Déficit B12 o folatos?. tratamiento --> B12 o folatos:

-1c Otras causas de anemia: tratamiento--> Tratar causa subyacente

2-Hemoglobina 8-10g/dL:

-2a¿Déficit de B12 o folatos?: tratamiento--> B12 o folatos

-2b ¿Déficit de hierro absoluto?: FS < 100 ng/mL: tratamiento --> Hierro iv 1000 mg
*Añadir AEE si Hb <10 g/dL

-2c ¿Déficit de hierro funcional?: IST <20%: tratamiento --> AEE + hierro 1000 mg iv

-2d No déficit de hierro: tratamiento --> AEE

3-Hemoglobina < 7-8g/dL: ¿Necesidad de incremento rápido de Hb: tratamiento -->
Trasfusión de concentrado de hematíes

Abreviaturas: Hb: hemoglobina/ g: gramos/ dL: decilitro/ IST: índice de saturación de transferrina/ FS: ferritina sérica/ ng: nanogramo/ mL: mililitro/ iv: intravenoso/ mg: miligramos/ B12: vitamina B12/ AEE: agente estimulante de a eritropoyesis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0340

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han evaluado 107 pacientes con tumores sólidos, anemia y tratamiento oncológico activo. Siendo más frecuente en tumores ginecológicos [19%], pulmonares [9%], gástricos [27%], genito-urinarios [33%] y resto [12%].
En los pacientes estudiados, siguiendo el algoritmo, se han llevado a cabo:
1. 95 transfusiones, [43% 1 concentrado de hematíes y 57% de 2 concentrados de hematíes]. La media de transfusiones por paciente ha sido de 3 [1-6]
2. 170 infusiones de hierro con una media de 6 [1-12]
3. 673 administraciones de AEE con una media de 7 [3-15].

Estos resultados de acuerdo a nuestro algoritmo diagnóstico-terapéutico actualizado y nuestros indicadores han resultado:
- Indicador 1: % pacientes oncológicos en tratamiento activo del Sector Barbastro en los que se ha realizado estudio de anemia 96% [Estándar 90%]
- Indicador 2: % transfusiones realizadas en la población a estudio de acuerdo a algoritmo actualizado 85% [Estándar 80%]
- Indicador 3: % administraciones de AEE en la población a estudio de acuerdo a algoritmo actualizado 95% [Estándar 80%]
- Indicador 4: % administración de hierro en la población a estudio de acuerdo a algoritmo actualizado 90% [Estándar 85%]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actualización del algoritmo diagnóstico-terapéutico para el manejo de anemia en tumores sólidos y tratamiento activo, de acuerdo a las últimas actualizaciones científicas del 2018, con aplicación durante el 2019 en esta población de pacientes, en comparación indirecta con el 2018 ha resultado en una adecuación en la prescripción de tratamientos.
Esta adecuación en el número de transfusiones de hematíes cuya restricción en estudios internacionales se ha traducido en una disminución de mortalidad, resangrado, síndrome coronario agudo, edema pulmonar e infecciones bacterianas; a favor de otras estrategias que han resultado más seguras como la administración de hierro y de AEEs, asociándose ambas con una mejoría de la anemia en estos pacientes, con menos efectos adversos que los derivados de las transfusiones de hematíes.
Por lo que en nuestro estudio la adecuación este algoritmo, ha derivado en una mejora de la praxis clínica habitual, con una disminución de la variabilidad, en una mejora en calidad de vida de nuestra población y además en una mejor gestión del sistema.

7. OBSERVACIONES.
Es un proyecto cuya finalidad principal era crear un algoritmo diagnóstico-terapéutico actualizado de manejo de anemia en pacientes con tumores sólidos y tratamiento activo, en base a la última actualizaciones científicas, en las cuales se había demostrado en estudios internacionales que la restricción de transfusión de concentrados de hematíes, reduce sus efectos secundarios, y que su sustitución por infusión de hierro y/o AEE en indicación, mejora igualmente la anemia de estos sujetos, imperando en su calidad de vida e indirectamente en una mejor gestión de los recursos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/340 ========== ***

Nº de registro: 0340

Título
ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL MANEJO DEL DEFICIT DE HIERRO Y LA ANEMIA EN PACIENTES CON CANCER Y TUMORES SOLIDOS

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ALBA, CALDERERO ARAGON VERONICA, FLORIAN GERICO JESUS, GOMEZ RIVAS PAULA, YUS CEBRIAN FLOR, PERELLA ARNAL MATILDE INES, PAUL VILLADER PEDRO JOSE, ROMERO QUEZADA LORIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: anemias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0340

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La anemia y el déficit de hierro son complicaciones frecuentes en pacientes con tumores sólidos; produciéndose como consecuencia del tumor y sobre todo como consecuencia de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, terapias dirigidas..). En general la anemia se asocia con astenia, disminución de la capacidad física y por ende, repercute de forma negativa en la calidad de vida. Así mismo, se ha visto en algunos trabajos que la presencia de anemia en estos pacientes podría disminuir la respuesta al tratamiento oncológico y reducir la supervivencia general.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo primordial es crear un algoritmo diagnóstico-terapéutico, que podría derivar en un protocolo clínico, con el fin de manejar la anemia y el déficit de hierro en pacientes con tumores solidos, de forma conjunta entre los servicios de oncología medica y hematología.

MÉTODO
Actividad es la creación de un algoritmo diagnóstico-terapéutico de forma conjunta entre los servicios de hematología y oncología, que podría derivar en un protocolo clínico.

INDICADORES
Indicador principal: desarrollo del algoritmo diagnóstico-terapéutico para el manejo de la anemia y déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos.

Indicador secundario: protocolo del manejo de anemia y déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos.

DURACIÓN
Realizar en el año 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0099

1. TÍTULO

ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTEPORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTE ALDEA CARMEN
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
PUYUELO AVENTIN ISABEL
PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR
BOHORQUEZ BATLLE SOL ANGELINA
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR
HOLGUIN MENA CARMEN IRIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras una revisión bibliográfica sobre el tema se llevo a cabo la elaboración de un cuestionario tipo Test con su posterior aplicación a personal sanitario con el objetovo de medir el nivel de conocimiento en el manejo y cuidado del paciente portador de cánula de traqueostomía/traqueotomía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la aplicación del cuestionario se obtienen los siguientes resultados:
136 encuestados siendo el 88% de la población encuestada fue del personal de enfermeria el restante personal médico con un 12%. El cuestionario consistia en 6 preguntas tipo test sobre el manejo del paciente, observando un alto porcentaje de respuestas erroneas, que van desde un mínimo de 31% a un 61% de error en la respuesta. Esto tiene un impacto importante en el manejo de la vía aerea de estos pacientes y la alta posibilidad de error en su adecuado manejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se objetivo un muy bajo nivel de conocimiento en el manejo del paciente portador de cánula en el personal sanitario, por lo que es impresindible la organización y realización de cursos de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/99 ========== ***

Nº de registro: 0099

Título
ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, ORTE ALDEA CARMEN, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, PUYUELO AVENTIN ISABEL, PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR, BOHORQUEZ BATLLE SOLANGELINA, COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR, HOLGUIN MENA CARMEN IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existe evidencia del aumento en el número de pacientes que necesitan traqueostomía en las unidades de cuidados intensivos, reflejando algunos autores que la incidencia de traqueostomía por ventilación mecánica prolongada aumentó un 200% entre los años 1993 y 2002. Además de traqueostomía en pacientes con intubación prolongada también se puede realizar en pacientes con problemas respiratorios en los cuales se van a realizar cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0099

1. TÍTULO

ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTEPORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA

importantes de cabeza, cuello, tórax y cardiacas que se piensa se van a mantener intubados por más de 48 horas posterior a la cirugía y en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico. Todas y cada una de estas situaciones repercute en el incremento de pacientes portadores de traqueostoma y con esto la necesidad imperiosa de conocer su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el nivel de conocimiento del personal de salud en el manejo de la vía aérea a través de una traqueotomía/ traqueostomía.
Incentivar y crear expectativas en el nivel de conocimiento teórico practico en su manejo.
Plantar las bases y conocer el nivel de conocimiento para la elaboración y realización de nuevos talleres de formación en el manejo del paciente portador de traqueostomía/traqueotomía.

MÉTODO
Se llevará a cabo la elaboración de un test y su posterior aplicación al personal de salud de la zona con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento en el manejo del paciente portador de traqueotomía/traqueostomía.

INDICADORES
Número de miembros del personal de salud encuestado.
Porcentaje del nivel de conocimiento presentado por el personal de salud encuestado.

DURACIÓN
Mayo 2018: reunión de equipo.
Julio de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
Septiembre : elaboración de Test.
Octubre: Inicio de aplicación del test.
Enero : Tabular resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0304

1. TÍTULO

DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
BONAGA SERRANO BEATRIZ
PUYUELO AVENTIN ISABEL
PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 14 rinoseptoplastias a los cuales se les ha realizado inyección local de ácido tranexámico con lidocaína al 2% con adrenalina inmediatamente antes de la cirugía y la administración de 1g de ácido tranexámico intravenoso durante la intervención.
Se les cedió a los pacientes una encuesta en las que se valoró la inflamación, el hematoma pericoular y la comodidad del postoperatorio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 14 pacientes, se tuvo que taponar intraoperatoriamente a 3 pacientes, es decir el 21% de la muestra. No se registraron sangrados postquirúrgicos en ningún paciente.
3 de los 14 pacientes consideró que se inflamó poco o muy poco en el postoperatorio. 5 pacientes consideraron que tuvieron mucha inflamación con dificultad de la apertura ocular en los primeros 2-3 días. Y 6 paciente se inflamaron moderadamente.
El pico máximo de inflamación fue en el día 2 y 3.
Todos los pacientes tuvieron hematoma periocular siempre con un lado dominante que se resolvió entre los 7 y 10 días posteriores.
El síntoma más molesto para los pacientes fue la congestión nasal y denominan la cirugía como prácticamente indolora pero molesta por la congestión y la inflamación. Sólo 3 pacientes precisaron de una o dos tomas de antiinflamatorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del ácido tranexámico en la rinoseptoplastia funcional ha demostrado disminuir el riesgo de sangrado postquirúrgico y el uso de taponamiento anterior.
Además los pacientes en general se inflaman menos aunque en este punto puede haber otros factores influyentes como el tipo de piel de cada paciente.
Mejoran el curso posoperatorio con una recuperación más rápida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/304 ========== ***

Nº de registro: 0304

Título
DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, BONAGA SERRANO BEATRIZ, PUYUELO AVENTIN ISABEL, PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0304

1. TÍTULO

DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las rinoseptoplastias funcionales son aquellas cirugías destinadas a la correcta respiración nasal. Es una cirugía muy realizada en nuestro ámbito hospitalario alrededor de 20 anuales. El postoperatorio en estas cirugías suele ser incomodo por la colocación de tapones para evitar el sangrado y la inflamación y hematomas perioculares.
Además, aunque infrecuente hay pequeño porcentaje menor al 5% de pacientes que sangran de forma postoperatoria.
El uso del ácido tranexámico intravenoso es bien conocido en otras intervenciones como las cirugía ortopédicas y las cardiacas reduciendo la inflamación y el riesgo de sangrado posterior.
También se ha empleado de forma local inyectando subcutáneamente es fármaco en cirugía como la blefaroplastia con magníficos resultados.
El ácido tranexámico se usa ya a nivel nasal en las epistaxis con buenos resultados para corregir los sangrados.

RESULTADOS ESPERADOS
Va dirigido a todos los pacientes que se van a someter a rinoseptoplastia funcional con o sin turbinoplastia.
Con la inyección local y endovenosa de ácido tranexámico se pretende disminuir el riesgo de sangrado sin taponamiento, disminuir la incidencias de hematomas pericoulares y la inflamación postquirúrgica. De esta manera se conseguiría un postoperatorio mucho más cómodo y seguro de nuestros pacientes.

MÉTODO
Se prescribirá una ampolla de ácido tranexámico i.v. a todos los pacientes que vayan a ser intervenido de rinoseptoplastia funcional y que no tengan contraindicaciones en su uso. Además justo antes de empezar la cirugía y con el paciente dormido se inyectará local un preparado de lidocaína al 2% von adrenalina y ácido tranexámico al 50%.
Los recursos utilizados están al alcance en nuestro medio sin tener que emitir más gasto al respecto y siendo una práctica segura.

INDICADORES
A los pacientes se les pasará una encuesta que valore la inflamación, los hematomas perioculares y la comodidad del postoperatorio y se hará una estadística con el sangrado postquirúrgico si acontece.

DURACIÓN
15 Marzo de 2019 a 15 de Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0145

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALAGUNA MALLADA PAULA
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
FACI ALCALDE ELENA
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO
VARA CALLAU MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado el protocolo que ha sido aprobado por la comisión técnica del Hospital de Barbastro, incluyendo hojas de valoración para el procedimiento. Asimismo se han realizado varias sesiones formativas en los servicios de Pediatría y Urgencias para formar a todo el personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es difícil valorar el resultado, ya que dependemos de que el pediatra sea avisado por otros servicios para realizar la sedación con óxido nitroso. Hemos objetivado una respuesta muy positiva por parte de urgencias y traumatología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva, tanto por parte de los equipos implicados como de los padres/madres. Esperamos que su uso sea cada vez mas habitual; de hecho los compañeros de otros servicios (especialmente traumatología y urgencias) a los que hemos brindado su uso, nos avisan cada vez que necesitan realizar un procedimiento doloroso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/145 ========== ***

Nº de registro: 0145

Título
PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, LALAGUNA MALLADA PAULA, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, FACI ALCALDE ELENA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO, VARA CALLAU MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Analgesia y sedación.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El dolor es una experiencia emocional desagradable con la que el pediatra se encuentra a menudo en su actividad diaria. Actualmente ya nadie duda que los niños sienten dolor, ni que el dolor como síntoma que acompaña a las enfermedades o a los procedimientos diagnóstico-terapéuticos, merece un tratamiento independiente al igual que otros síntomas. El tratar adecuadamente el dolor responde no solo a la obligación de aliviarlo inherente a la medicina, sino a los efectos beneficiosos que conlleva su tratamiento como son: disminuir la ansiedad del niño y de los padres, mejorar la adhesión a los tratamientos, y evitar los efectos negativos del dolor como el aumento de la morbimortalidad, la hiperalgesia y el impacto negativo sobre el desarrollo.
Por estos motivos, se ha decidido solicitar óxido nitroso para procedimientos dolorosos de corta duración a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0145

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRÍA

realizar en niños, y elaborar un protocolo adecuado a las necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Administración de sedoanalgesia inhalada en todos los procedimientos dolorosos de corta duración que estén especificados en el protocolo, para todos los niños subsidiarios de realización.

MÉTODO
Se realizará por pediatría un protocolo de uso que será presentado en los servicios de urgencias, anestesia y farmacia, para su valoración. Una vez revisado, se solicitará la compra del óxido nitroso, realizando sesiones de formación posteriormente para adiestrar al personal antes de su puesta en marcha.

INDICADORES
Pacientes sometidos a procedimientos de sedoanalgesia / pacientes tributarios de recibir sedoanalgesia x 100 (100%), en las condiciones patológicas incluidas en el protocolo.

DURACIÓN
Realización del protocolo de uso: 3 meses. Reuniones con los diferentes servicios implicados y adecuación del protocolo: 4 meses. Solicitud de inclusión en la cartera de servicios del centro y resolución: no determinado. Sesiones formativas antes de su puesta en marcha: 1 mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0172

1. TÍTULO

ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAULA MARIA BARBERA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
PALACIO LIESA MIRIAM
GOMEZ PORTA LAURA
LARROYA DOMPER ANA
FACI ALCALDE ELENA
VARA CALLAU MARTA
PLANA FERNANDEZ MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para poder alcanzar los objetivos del proyecto se han ido realizando una serie de actividades y protocolos. En primer lugar se elaboró material escrito, consistente en fichas claras, accesibles y comprensibles por todo el personal. Dichas fichas se han impreso y plastificado, y se han colocado en el box de críticos de urgencias, en el despacho de pediatría, en el control de la planta de Pediatría y junto al carro de paros pediátrico. Asimismo, se ha elaborado un protocolo recogiendo todas las patologías contempladas en estas fichas. Las situaciones clínicas tratadas han sido: 1. RCP pediátrica, 2. Intubación orotraqueal, 3. Estatus convulsivo, 4. Anafilaxia, 5. Hipertensión endocraneal, 6. Cetoacidosis diabética, 7. Sepsis, 8. Preparación de bombas con drogas vasoactivas.
Para conseguir la familiarización con las fichas, aprender el manejo del paciente grave y entrenar al personal para el tratamiento del mismo, se han ido realizando cursos a lo largo del año. Se han realizado un total de 3 cursos, a los que ha asistido personal tanto médico, como enfermería y auxiliares, de los servicios de pediatría, urgencias y transporte.
Los cursos realizados trataron sobre transporte pediátrico y neonatal, RCP pediátrica, vía aérea, carro de paros pediátrico y neonatal y actuación ante una parada cardiopulmonar intrahospitalaria y actuación ante paciente crítico.
Estos cursos han tenido una gran aceptación por parte del personal, por lo que seguiremos realizándolos los próximos años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos propuestos era conseguir que más del 90% de la plantilla que trabaja con niños estuviese familiarizada con estas fichas. Para lograr este objetivo se han realizado las actividades previamente descritas. Hemos observado dificultades a la hora de formar a todo el personal debido a que hay plantilla con contratos de muy breve duración.
El 100% de la plantilla fija conoce donde están las fichas y las ha revisado, al menos, una vez. Estas cifras no son tan altas en personal no fijo. Si bien a su llegada a planta, al menos, conocen donde se encuentran estas fichas para poder utilizarlas en caso de ser precisas.
Los cursos realizados han tenido número limitado de plazas, para poder ser aprovechados mejor por el personal asistente, por lo que no ha podido acudir, a fecha de hoy, todo el personal implicado en la atención de niños. Por este motivo, deseamos seguir realizándolos para continuar formando al personal, y entrenarlos en la atención del niño grave.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las actividades realizadas han tenido una gran aceptación y han despertado un gran interés por parte del personal implicado en la atención del niño grave. Se ha abierto un espacio de diálogo donde el personal ha expresado sus miedos o dificultades a la hora de la atención a este tipo de pacientes. Con la creación de estas fichas y la realización de estos cursos se ha podido entrenar al personal, y practicar de forma simulada como tendría que actuar cada uno en la atención al paciente crítico. Para que todo el personal de pediatría y urgencias pueda asistir a estos cursos seguiremos realizándolos en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/172 ========== ***

Nº de registro: 0172

Título
ACTUACION INICIAL, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0172

1. TÍTULO

ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Autores:
BARBERA PEREZ PAULA MARIA, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER, PALACIO LIESA MIRIAM, GOMEZ PORTA LAURA, LARROYA DOMPER ANA, FACI ALCALDE ELENA, VARA CALLAU MARTA, PLANA FERNANDEZ MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Pediatría, en el Hospital de Barbastro, atendemos un sinfín de patologías desde los 0 a los 13 años. Estas patologías van desde procesos banales a la atención del enfermo crítico. Atender al paciente crítico pediátrico supone trabajar, en muchas ocasiones, en un entorno desfavorable, con personal poco entrenado, sin todos los medios necesarios, donde no hay tiempo más que para actuar, por lo que requiere tener un adiestramiento previo y pericia. En el Hospital de Barbastro debemos atender a estos pacientes, estabilizarlos, y trasladarlos, ya que no disponemos de UCI-Pediátrica en nuestro hospital. Proporcionar a estos pacientes en estado crítico una atención adecuada y de calidad va a mejorar su evolución y pronóstico. Como, afortunadamente, no es frecuente que los recién nacidos o los niños estén gravemente enfermos, en hospitales como el nuestro el personal sanitario está poco entrenado en la atención al niño grave. Por este motivo queremos desarrollar un proyecto formativo para todo el personal que en algún momento de su práctica profesional puede tratar a un niño en estado crítico.

RESULTADOS ESPERADOS
Queremos realizar formación a todo el personal que puede estar involucrado en la atención al niño grave. Este personal serían médicos de urgencias, pediatras, residentes, enfermería, y auxiliares. Además, como exponemos en el punto anterior, en la atención al paciente crítico solo hay tiempo para actuar, por lo que, además de disponer de adiestramiento previo, debemos disponer de información escrita, clara, breve y concisa, que nos facilite la actuación, disponible para el personal en los lugares donde se atienden a estos niños.

MÉTODO
Para facilitar la formación y, sobre todo, la atención al paciente crítico pediátrico, vamos a realizar protocolos de actuación breves, sencillos de seguir por todo el personal, y muy prácticos. Se realizarán fichas, con las patologías más frecuentes, que incluyan los pasos a seguir en la atención, los fármacos a utilizar, con dosis y formas de preparación y manera de administración. Estas fichas se plastificarán y dejarán, para que todo el mundo tenga acceso a ellas, tanto en el box de críticos de urgencias, en el carro de paros de la planta de pediatría y en el control de Pediatría. Además, se dispondrá de estos documentos tanto en intranet como en los escritorios de los ordenadores de la planta de pediatría y del box de críticos. También se enviarán vía correo electrónico a la supervisora de urgencias y a la supervisora de pediatría para que difundan los protocolos a todo el personal, para facilitar que todo el mundo se familiarice con los mismos.
Todo el personal que trabaje en los servicios de urgencias y pediatría debe revisar estas fichas.
Los temas a revisar son: 1.RCP pediátrica, 2.Intubación orotraqueal, 3. Estatus convulsivo, 4. Anafilaxia, 5. Politrauma e hipertensión endocraneal, 6. Cetoacidosis diabética, 7. Sepsis, 8. Preparación de bombas con drogas vasoactivas.
El objetivo principal de la realización de estas fichas, aparte de la formación del personal, es su aplicación en la práctica clínica. En la atención de un paciente grave se deben tomar como modelo. Se podrán interpretar por parte de todo el personal, permitiendo anticiparse en la preparación y administración de medicación, en la monitorización, y el resto de acciones que se deben realizar. Esto facilitará la actuación del pediatra de guardia, y sobre todo mejorará la atención y pronóstico del paciente grave pediátrico.

INDICADORES
Junto con las fichas-protocolo, que se van a dejar en el box de críticos y en el control de la planta de pediatría, se dejará una hoja de firmas. Los objetivos es que toda la plantilla haya revisado este sistema de fichas.
- Acceso fácil y rápido, disponibilidad de fichas en los lugares donde se atiente al niño grave.
- >90% de la plantilla de urgencias y de la planta de pediatría conozca la existencia de estas fichas, donde se encuentran, y se las haya revisado en, al menos, una ocasión.

DURACIÓN
Las fichas ya se encuentran disponibles junto al carro de paros de la planta de pediatría y en el box de críticos de urgencias. En los meses sucesivos se colocarán visibles en la planta de pediatría y en el control de enfermería. Se irá colocando el fichero en todos los ordenadores y en la intranet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0172

1. TÍTULO

ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Posteriormente se elaborará una hoja de firmas para que todo el personal que haya revisado las fichas firme. Finalmente, según cómo evolucione la implementación de estas fichas, se harán jornadas formativas. Todo esto se llevará a cabo a lo largo de este año 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0507

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
LALAGUNA MALLADA PAULA
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
SAHUN OBIS MARIA CARMEN
SALAS ESCRIBANO LORENA
HURTADO PONCE GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de check list y aprobación por los componentes del proyecto, consensuado con Servicio de Urgencias
- Inicio registro de pacientes trasladados y cumplimentación Check-list el día 1 de julio de 2019
- Diciembre 2019: evaluación registros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el período de estudio (1 de julio al 31 de diciembre) se realizaron 16 traslados interhospitalarios:
- Uno de ellos se hizo en vehículo propio dada la estabilidad del paciente, por lo que no era necesario cumplimentar la hoja
- Cumplimentación Check-list por parte Pediatra Emisor: 68,75% (estándar 100%). De las 11 Check-list registradas, una estaba parcialmente cumplimentadas, y en dos no constaba pegatina identificativa (aunque sí iba grapado al informe de traslado)
- Cumplimentación informe enfermería (revisado en Historia Clínica Electrónica): 37,5% (estándar 100%)
- Firma médico en Check-list: 43,75% (estándar 100%). La firma del médico responsable en informe de traslado consta en el 100%
- Registro pacientes trasladados 100% (estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación del registro de pacientes trasladado y la cumplimentación de la Check-list de transmisión de la información ha mejorado la percepción de los profesionales sobre la importancia de documentar todos los procedimientos y evoluciones que pueden surgir antes del traslado interhospitalario. Esto permite planificar y anticiparse a las posibles complicaciones que puedan surgir durante el mismo.
Es necesario continuar transmitiendo esta necesidad al resto del equipo (enfermería), para que también entreguen por escrito los registros al personal de la ambulancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/507 ========== ***

Nº de registro: 0507

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE EL HOSPITAL EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Autores:
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, HURTADO PONCE GABRIEL, LALAGUNA MALLADA PAULA, SAHUN OBIS MARIA CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS/EMERGENCIAS QUE REQUIEREN TRASLADO INTERHOSPITALARIO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0507

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología pediátrica es, en la mayoría de ocasiones, leve o moderada. En aquellas situaciones de gravedad, críticas, o que precisan recursos materiales y personales no disponibles en nuestro centro, es necesario el traslado en ambulancia medicalizada a un hospital de tercer nivel. En el año 2018 se realizaron más de 50 traslados de pacientes menores de 14 años a otros centros, lo que supone una media de cuatro traslados al mes.
Durante la estabilización el personal se ve sometido a presión, nerviosismo, fallos en la comunicación, etc. Todo ello puede influir en la transmisión de la información al equipo de la ambulancia, uno de los momentos clave del proceso.
Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación, consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en planta.
La hoja de verificación o check list facilita el cumplimiento de estos pasos, mejorando la seguridad, asegurando la estabilidad del paciente y evitando posibles efectos indeseables durante el traslado.

RESULTADOS ESPERADOS
La hoja de verificación permitirá revisar de forma sistematizada la actuación en cada traslado. De esta manera podremos conocer cuáles son los puntos fuertes y cuáles son aquellos en los que se necesita mejorar. Este proyecto implica a todo el personal relacionado con la atención al niño: enfermería (paritorio, planta y Urgencias), pediatras, médicos de Urgencias, médicos de ambulancias.
Se trata de un proyecto de mejora que se irá perfeccionando conforme se detecten los errores más frecuentemente realizados.

MÉTODO
Creamos una lista de verificación o check list como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde paritorio, planta o Urgencias. Esta herramienta se utilizará de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo como un proceso sistemático en un futuro.

INDICADORES
- Cumplimentación Lista de Verificación o check list por parte del médico-enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
- Firma de médico y enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
- Registro de pacientes trasladados con sus diagnósticos (estándar 100%)

DURACIÓN
- Abril – Junio 2019: redacción y consenso check list y registro de pacientes.
- Desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2019: aplicación de la lista de verificación y registro de pacientes.
- 1 de enero-31 de enero 2020: análisis de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0178

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESEGUER GAMBON EVA MARIA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro Servicio disponemos de 15 aparatos de TENS para uso domiciliario. En la prescripción del tratamiento se han utilizado fichas que indican el diagnóstico con el tipo de electroterapia que se administra y se ha creado una nueva ficha específica para el TENS de uso domiciliario, en la que se detalla el programa que se aplica, la localización de los electrodos y el número de días de tratamiento. El fisioterapeuta, el mismo día de la prescripción, explica al paciente el manejo del aparato y se concreta la cita para la devolución del mismo, así como para la revisión en consulta. Se han realizado 102 tratamientos durante este año 2019. Puede considerarse que el balance ha sido positivo. El grado de analgesia obtenido se ha recogido en la historia clínica mediante la escala analógica visual (EVA) comparándose con la EVA inicial de la primera visita. En la mayoría de los casos el aparato se comenzó a utilizar el mismo día de la prescripción y en situaciones excepcionales con una semana de tiempo de espera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Globalmente, de los 102 casos tratados durante este año 2019, en la encuesta realizada en la revisión, un 35% señalaron que la mejoría obtenida con el TENS, les proporcionaba un alivio que para ellos era "satisfactorio", superando el 50% de alivio en la escala EVA. Este resultado no es nada desdeñable si tenemos en cuenta que se trata de pacientes con patología muy evolucionada y con múltiples intentos terapéuticos previos. La puntuación varía según la susceptibilidad individual, los distintos diagnósticos, el tiempo de evolución, el posible efecto placebo, etc. La tolerancia al TENS en todos los casos ha sido excelente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El TENS ha demostrado ser un instrumento útil para el tratamiento sintomático del dolor localizado, tanto de origen somático como neuropático. En términos generales, el alivio producido es considerado como satisfactorio, dado que muchos pacientes cuando acuden a la primera visita consideran un objetivo válido mejorar la intensidad del dolor en un 50%. Por ello, consideramos que es importante informar al paciente que probablemente encuentre en el uso del TENS un método complementario contra el dolor, pero sin esperar una analgesia completa. Podemos afirmar, que no cabe considerar al TENS como un arma terapéutica de uso aislado, sino siempre en combinación con otras terapias. En nuestros pacientes, el tiempo de evolución del dolor cuando se inició el tratamiento era muy largo, lo que puede contribuir a unos peores resultados dado que se acepta en general que el TENS es más eficaz en dolores agudos que en crónicos y que en los casos de dolor crónico es más eficaz si no se han realizado tratamientos previos.
Buscamos mejorar el manejo del dolor y por eso hemos querido incorporar este recurso de acceso rápido, fácil de utilizar, de cómoda aplicación y de bajo coste de adquisición y mantenimiento, dentro de las medidas que se están impulsando en los últimos años para una mayor accesibilidad de los usuarios a los Servicios de Rehabilitación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/178 ========== ***

Nº de registro: 0178

Título
INCORPORACION DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACION

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MESEGUER GAMBON EVA MARIA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamiento del dolor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0178

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro Servicio de RHB estamos asistiendo a un aumento de personas con enfermedades crónicas. El dolor se encuentra entre los problemas crónicos transversales más frecuentes. Se estima que uno de cada 6 españoles sufre dolor crónico.
El dolor afecta de forma variable a la calidad de vida de la población con importantes consecuencias en el ámbito personal familiar y social, representando un problema de salud pública. Este problema constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de nuestro Servicio. El tratamiento adecuado se compone de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
En el proceso de atención integral de la salud desde Rehabilitación nuestras acciones están centradas en ayudar a las personas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales siendo clave el manejo y control del dolor.
Debemos planificar nuestros servicios para cubrir las necesidades de toda la ciudadanía, superando las barreras existentes en los grupos de pacientes más desfavorecidos (por dispersión geográfica, difícil acceso al hospital, pacientes con movilidad reducida o sin medios de transporte..)
Nuestro esfuerzo va dirigido sobre todo a este grupo, intentamos minimizar / reducir el dolor, sus complicaciones y maximizar su calidad de vida favoreciendo el acceso a nuestros Servicios y optimizando recursos.
La electroestimulación nerviosa eléctrica transcutánea conocida por el acrónimo TENS del inglés Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, consiste en la aplicación mediante electrodos de superficie, de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica. El uso actual del TENS en el àmbito clínico de la RHB está ampliamente extendido. Es una técnica no invasiva, fácil de administrar. Tiene pocos efectos secundarios e interacciones, no puede producir sobredosis, además es muy económica y susceptible de ser utilizada para tratamiento domiciliario tras un breve entrenamiento del propio paciente.
Generalmente podemos utilizar el TENS con las siguientes acciones:
-Analgésica en caso de dolor agudo o crónico localizado y de origen neuropático y músculoesquelético
-Fortalecimiento muscular
Tras valorar al paciente en consultas del Servicio y realizar la indicación de esta terapia, El fisioterapeuta instruye al paciente, le explica los fundamentos básicos del método y le da instrucciones sencillas y precisas sobre la manera correcta de utilizar el equipo según patología.
Como ventajas significativas destacamos:
-Comodidad de aplicación y fácil manejo
-No requiere formación especial para su empleo
-Eficacia: aunque los resultados son variables, se logra entre 25-30% de respuestas positivas en pacientes con dolor crónico
-Ofrece reducción de costes de otras medidas terapéuticas. Dado su caracter no perecedero, su bajo coste de adquisición y mantenimiento (repuesto de 1 batería standard de 9v) y electrodos, puede deducirse el importante ahorro sanitario que puede representar a corto plazo su utilización
-Posibilidad de obviar los efectos secundarios de opiáceos permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que requieren medicación continuada

RESULTADOS ESPERADOS
-Incorporar el TENS domiciliario como recurso para el control del dolor, integrándolo dentro de las herramientas de nuestra cartera de Servicios
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, con especial énfasis en grupos vulnerables como son los mayores y personas con dificultad de acceso al hospital
-Agilizar el acceso a tratamiento con terapia física en nuestro Servicio, disminuyendo tiempos de espera

MÉTODO
Disponemos de 15 aparatos TENS para uso domiciliario

INDICADORES
-Número de pacientes con acceso inmediato a tratamiento
-Encuesta de satisfacción de pacientes tratados

DURACIÓN
Se incluye en la actualidad en nuestra oferta de servicios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0178

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA BLASCO PEREZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTI JARNE FERNANDO
FERNANDEZ SANCHEZ RUT
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA
BUISAN ESPIAS ROCIO
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA
MONFORT FERRIS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión de los componentes del equipo para puesta en común de la búsqueda bibliográfica en septiembre de 2019
Realización del protocolo en noviembre de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a la saturación en las actividades del responsable del programa no ha podido llevarse a cabo la realización del mismo, de ahí el cambio de responsable.

De todas formas se aporta un memorandum de las actividades que vamos a realizar:
Se implementará un protocolo de actuación basado en la aplicación de un vendaje funcional que permita la carga precoz de la articulación.
Se planteará la atención precoz por parte de un fisioterapeuta para la realización de un vendaje funcional y posterior revisión a las 48-72 horas.
Se darán unas pautas generales al paciente según el tratamiento conservador del acrónimo PRICE: Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación. La aplicación de crioterapia se aconseja durante unos diez minutos cada dos horas durante las primeras 48 horas.
Seguidamente unos ejercicios de fisioterapia domiciliarios. Se le entregará una hoja de instrucciones al paciente con las recomendaciones para seguir el protocolo de tratamiento funcional (vendaje + crioterapia + ejercicio terapéutico)
Se pondrá en conocimiento de las enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias el nuevo modelo de contención de los esguinces de tobillo y se concretará el procedimiento de derivación al fisioterapeuta de la Unidad correspondiente.
Se informará al resto de los miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud del circuito asistencial para la captación y derivación preferente a la Unidad de Fisioterapia de AP de los pacientes que puedan beneficiarse de este programa.
Se priorizará el tratamiento de fisioterapia precoz desde las Unidades de Fisioterapia de AP de forma que en 48-72 horas se atienda al paciente para la valoración y posible cambio de vendaje aplicado en el Servicio de Urgencias.
La aplicación de un tratamiento funcional facilita la recuperación acortando el tiempo de la misma, reduciendo el edema así como disminuye el número de complicaciones y efectos secundarios típicos de las inmovilizaciones prolongadas (dolor e inestabilidad).
Se registrarán los items a evaluar en formato hoja de cálculo excel.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia e incidencia de los esguinces de tobillo nuestra intención es continuar con el programa de mejora procediendo a la sustitución del responsable del mismo, Fernando Martí Jarne, por Nuria Blasco Pérez, para proseguir con la labor iniciada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/894 ========== ***

Nº de registro: 0894

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCION Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, FERNANDEZ SANCHEZ RUT, BLASCO PEREZ NURIA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, BUISAN ESPIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

ROCIO, NAGER OBON VANESA, CORONAS TURMO SARA, MONFORT FERRIS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los esguinces de tobillo se constituyen en una de las patologías más frecuentes de todo el sistema musculoesquelético, estimándose su incidencia en un caso por cada 10.000 habitantes y día. Es la lesión de extremidad inferior que con más frecuencia se atiende en urgencias y en atención primaria.

De forma clásica los esguinces de tobillo se clasifican en leves, moderados y graves (grados I, II y III).El mecanismo fisiopatológico es la inversión forzada del tobillo, un mecanismo combinado de flexión y supinación del pie. El 85% de los esguinces afectan al ligamento lateral externo (LLE), lesionándose fundamentalmente el ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), y hasta el 44% de los lesionados presentan algún tipo de secuelas un año después (dolor, inestabilidad mecánica o inestabilidad funcional). El ligamento colateral medial o deltoideo se lesiona en un 5% de los casos, siendo una lesión poco frecuente y más grave con un mecanismo de lesión en eversión y rotación externa forzada.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el dolor asociado a a este tipo de lesiones ligamentosas.
Disminuir los días de incapacidad al evitar la inmovilización completa.
Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes.

MÉTODO
Se implementará un protocolo de actuación basado en la aplicación de un vendaje funcional que permita la carga precoz de la articulación.

Se planteará la atención precoz por parte de un fisioterapeuta para la realización de un vendaje funcional y posterior revisión a las 48-72 horas. Se darán unas pautas generales al paciente según el tratamiento conservador del acrónimo PRICE: Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación. La aplicación de crioterapia se aconseja durante unos diez minutos cada dos horas durante las primeras 48 horas. Seguidamente unos ejercicios de fisioterapia domiciliarios. Se le entregará una hoja de instrucciones al paciente con las recomendaciones para seguir el protocolo de tratamiento funcional (vendaje + crioterapia + ejercicio terapéutico)

Se pondrá en conocimiento de las enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias el nuevo modelo de contención de los esguinces de tobillo y se concretará el procedimiento de derivación al fisioterapeuta de la Unidad correspondiente.

Se informará al resto de los miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud del circuito asistencial para la captación y derivación preferente a la Unidad de Fisioterapia de AP de los pacientes que puedan beneficiarse de este programa.

Se priorizará el tratamiento de fisioterapia precoz desde las Unidades de Fisioterapia de AP de forma que en 48-72 horas se atienda al paciente para la valoración y posible cambio de vendaje aplicado en el Servicio de Urgencias. La aplicación de un tratamiento funcional facilita la recuperación acortando el tiempo de la misma, reduciendo el edema así como disminuye el número de complicaciones y efectos secundarios típicos de las inmovilizaciones prolongadas (dolor e inestabilidad).
Se registrarán los items a evaluar en formato hoja de cálculo excel.

INDICADORES
- Numero total de pacientes con diagnóstico de esguince de tobillo grado I y grado II derivados desde su médico de familia a las Unidades de fisioterapia de AP.
- Porcentaje de pacientes que en menos de tres semanas logran recuperación funcional.
- Porcentaje de pacientes que no toleran tratamiento conservador con vendaje funcional respecto al numero total de pacientes con esguince de tobillo tratados en las Unidades de Fisioterapia mediante vendaje funcional.
- Cuestionario o escala de satisfacción al usuario o paciente tratado por esguince de tobillo expresado en porcentajes.
- Escala Visual Analogica del dolor (EVA) para la clasificación del dolor en leve, moderado o severo antes y después de la intervención.

DURACIÓN
Cronograma de actividades
Abril de 2019
Comunicación con el personal sanitario del Servicio de Urgencias del hospital sobre la iniciativa de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

planteada.
Unificación de criterios y normalización del procedimiento de ejecución del vendaje entre los fisioterapeutas que van a aplicarlo.
Mayo de 2019
Realización de protocolo.
Reunión con los otros componentes del equipo y revisión del protocolo para la unificación de criterios entre los diversos profesionales del equipo.
Junio de 2019
Difusión e implementación en mediante una sesión de formación al resto del EAP. y al personal del hospital mediante sesiones clínicas.
Realización de hoja de excel para el registro de los datos necesarios.
Realización del cuestionario de satisfacción que se enviará por correo electrónico a los pacientes incluidos en el proyecto.
Septiembre de 2019
Puesta en marcha del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1348

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA MESEGUER GAMBON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA
LEON SUBIAS ERICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Teniendo en cuenta que los componentes fundamentales de un programa de rehabilitación respiratoria van a ser la educación al paciente y familia, la fisioterapia respiratoria y las técnicas de entrenamiento al ejercicio, se ha realizado de forma consensuada con el servicio de Neumología unos criterios de selección de los pacientes candidatos a recibir un programa de tratamiento de Rehabilitación respiratoria. Se ha establecido que a grandes rasgos, se tratará de un paciente con enfermedad respiratoria crónica en fase estable de su enfermedad que, a pesar de recibir tratamiento médico adecuado y completo, manifiesta disnea persistente, intolerancia al ejercicio y/o una restricción en sus actividades de la vida diaria. El programa será mayoritariamente dirigido a pacientes afectos de EPOC, por lo general con una valor en la espirometría del FEV1 de menos de 50% del valor teórico, aunque en valores mayores se podría prescribir si el paciente continua sintomático o con limitación al ejercicio a pesar de un tratamiento farmacológico correcto. El resto de patologías que podrán ser incluidos son: asma, bronquiectasias, insuficiencia respiratoria crónica, fibrosis quística, enfermedades neuromusculares, enfermedades intersticiales, alteraciones de la caja torácica, paciente postquirúrgico.
Los criterios de inclusión engloban:
o Pacientes con enfermedad respiratoria crónica sintomática.
o Pacientes sometidos a cirugía torácica, de reducción de volumen o transplante pulmonar.
o Preferiblemente no fumador o incluido en un programa de deshabituación tabáquica.
o Sin comorbilidades graves (por ejemplo neoplasia, enfermedad cardiovascular grave,…) que impidan la realización y/o el seguimiento del programa.
o Actitud positiva, de colaboración y comprensión del paciente.
o Situación geográfica que permita al paciente la asistencia a las sesiones del tratamiento.
Como criterios de exclusión se establecen:
o Pacientes con importantes problemas ortopédicos o neurológicos que puedan reducir la movilidad o la colaboración con el entrenamiento físico.
o Trastorno cognitivo o psiquiátrico que condicione la posibilidad de colaboración del paciente.
o Falta de motivación.

De forma específica, como material importante a tener en la consulta de Rehabilitación, se ha elaborado una hoja de recogida de datos en la que figuran los aspectos más importantes de este tipo de pacientes en cuanto a diseñar y evaluar el programa más adecuado de tratamiento. Incluye aspectos clínicos, del aparato locomotor, de evaluación radiológica, funcionalismo pulmonar, capacidad de esfuerzo y calidad de vida relacionada con la salud. Todos estos aspectos, serán recogidos en la consulta de Rehabilitación por el médico y formarán parte fundamental de la historia clínica del paciente.
Se han incluido en dicha hoja cinco puntos:
1- datos referentes a la exploración clínica
2- pruebas complementarias realizadas (Rx de tórax, ECG, espirometría, gasometría arterial,analítica general)
3-dos escalas de valoración funcional respiratoria:
-Para la medición del grado de disnea, la escala mMRC (Medical Research Council modificada) ya que suele ser la más utilizada como medida objetiva de disnea, es sencillo de responder por el paciente, es relevante para las actividades diarias, se puede completar en aproximadamente 30 segundos y tiene una excelente acuerdo inter-observador
- Para la clasificación de los pacientes según la gravedad utilizaremos el índice BODE. Para calcularlo se complementa con los datos obtenidos del test de los 6 minutos marcha.

4-La valoración de la capacidad de ejercicio se realizará mediante los datos del test de los 6 minutos marcha, que dado que es el test de referencia utilizado también por el servicio de Neumología, se tomarán de la historia clínica de dicho servicio si se ha realizado recientemente (en los dos meses previos y si no ha habido cambios clínicos en el estado de salud del paciente) o bien será realizado por el propio médico rehabilitador. Dicha prueba, nos servirá para evaluar la respuesta al tratamiento, siendo un buen predictor de la supervivencia.
5-Como medida de la calidad de vida del paciente se ha seleccionado el cuestionario específico COPD Assessment Test (CAT), dado que es de acceso libre, está validado al español y los estudios realizados han mostrado que es un test fiable y reproducible. Es capaz de detectar cambios en el estado subjetivo de salud de los pacientes en relación con las exacerbaciones y su recuperación o durante la aplicación del tratamiento rehabilitador.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1348

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

La hoja de datos sobre el paciente respiratorio con todo lo descrito previamente figura en cada una de las consultas de Rehabilitación y será rellenada cuando se realice la valoración de este tipo de paciente. El cuestionario CAT dado que es de acceso libre a través de internet, se tendrá impreso en la consulta y se entregará al paciente para que lo devuelva en la siguiente revisión médica y sea adjuntado así a su historia clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La American Thoracic Society y la European Respiratory Society definen la rehabilitación respiratoria como una intervención multidisciplinar e integral que ha demostrado ser eficaz bajo la perspectiva de la medicina basada en la evidencia para los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que presentan síntomas y a menudo han reducido las actividades de la vida diaria.
Un programa con una dotación mínima de recursos humanos puede obtener resultados satisfactorios siempre que los objetivos marcados sean realistas y útiles para los pacientes.
Por estos motivos, una vez consensuados con Neumología los criterios de inclusión y exclusión de pacientes que pueden realizar un programa de Rehabilitación respiratoria, el desarrollo del programa es más factible y con previsión de buenos resultados, en cuanto a mejorar notablemente la calidad de vida del paciente.
La hoja creada de recogida de datos del paciente respiratorio, mejora el desarrollo de la actividad clínica en la consulta, dado que abarca todos los aspectos a tener en cuenta a la hora de elaborar un programa de Rehabilitación en el paciente respiratorio. Además de esto, nos permite comparar de forma rápida mejoras en indicadores que hacen referencia a la capacidad de esfuerzo, la sensación de disnea y la calidad de vida de estos pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mas de un millón y medio de personas están afectadas de EPOC en nuestro país, suponiendo casi el 10% de consultas de Atención primaria y de ingresos hospitalarios de causa médica.Tanto la Sociedad americana respiratoria como la europea incluyen la rehabilitación respiratoria en los programas de tratamiento de este tipo de pacientes.Dichos programas, tienen clara evidencia en su mejoría clínica reduciendo costes sanitarios mediante la estabilización o la reversión de las manifestaciones sistémicas de esta enfermedad. Dicho programa organizado por sus diferentes integrantes (neumólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas,...) es sencillo de realizar, además de poder realizarse con una dotación mínima de recursos. El desarrollo del mismo tal y como se ha estructurado y explicado en los apartados previos puede aportar notables beneficios a este tipo de pacientes además de resultar sencillo de realizar y con una baja inversión de recursos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1348 ========== ***

Nº de registro: 1348

Título
PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

Autores:
MESEGUER GAMBON EVA MARIA, CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA, LEON SUBIAS ERICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un problema de salud en pacientes de la tercera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1348

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

edad, afecta las actividades diarias de quienes la padecen, e interfiere con el rendimiento físico y psicosocial; y en su fase avanzada provoca incapacidad. En el mundo los datos sobre prevalencia y morbilidad subestiman de forma considerable el impacto de la EPOC, debido a que generalmente la enfermedad no se diagnostica hasta que no resulta clínicamente evidente y moderadamente avanzada.
La prevalencia de la EPOC en la población adulta es del 9 %, en España entre los 40 y los 69 años.
La Rehabilitación Respiratoria (RR) debe formar parte de un tratamiento individualizado del paciente, dirigido a reducir los síntomas, optimizar la capacidad funcional, incrementar la participación y reducir los costes sanitarios mediante la estabilización o reversión de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad.
La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) han definido la RR como «una intervención integral basada en una minuciosa evaluación del paciente seguida de terapias diseñadas a medida, que incluyen, pero no se limitan, al entrenamiento muscular, la educación y los cambios en los hábitos de vida, con el fin de mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedad respiratoria crónica y promover la adherencia a conductas para mejorar la salud a largo plazo.
La RR iniciada precozmente, incluso durante las exacerbaciones, ha demostrado ser eficaz y segura.
En el momento actual, el entrenamiento muscular, la educación y la fisioterapia respiratoria (FR) se consideran los componentes fundamentales de los programas de RR, siendo aconsejable también contemplar la terapia ocupacional, el soporte psicosocial y la intervención nutricional.
Por todo lo descrito previamente y dado que al servicio de Rehabilitación se le solicita valoración habitual de este tipo de pacientes, se propone elaborar programas de tratamiento multidisciplinar en los que se realice un proceso asistencial transversal en el que colaboren todos los integrantes del servicio en colaboración con Neumología.
Como primera propuesta a un futuro proyecto de elaboración de un protocolo conjunto con el Servicio de Neumología, se quiere llevar a cabo la organización interna de nuestro servicio empezando con la elaboración de una hoja de recogida de datos encaminada a recabar toda la información médica necesaria para una correcta evaluación y prescripción del tratamiento rehabilitador necesario en cada uno de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer de forma consensuada con el servicio de Neumología unos criterios de selección de los pacientes candidatos a recibir un programa de tratamiento de Rehabilitación respiratoria. Así mismo, establecer unos criterios de exclusión de aquellos que no podrían realizarlo.
- Diseñar una hoja de recogida de datos que sea incluida en la historia clínica médica del paciente en la que se incluyan todos los aspectos de interés para la adecuada elaboración de un programa de Rehabilitación Respiratoria. Esta hoja debería incluir tanto los datos de anamnesis como de exploración clínica y de pruebas complementarias necesarias para valorar correctamente la capacidad de esfuerzo del paciente.
- Establecer los datos a recoger en la historia clínica tras la realización del programa de Rehabilitación y que permitan objetivar la mejoría clínica.

MÉTODO
Se está realizando valoración y tratamiento rehabilitador individualizado a pacientes con patología respiratoria con la necesidad de protocolización de dicho proceso.

INDICADORES
Número de pacientes valorados por patología respiratoria.
Mostrar los criterios de inclusión y exclusión
Consensuar la hoja de recogida de datos
Evaluar la adecuada recogida de datos en los pacientes en los que se solicita Rehabilitación respiratoria

DURACIÓN
Establecer los criterios de inclusión/exclusión para el tratamiento rehabilitador con el servicio de Neumología y establecer la hoja de recogida de datos del paciente en la historia de Rehabilitación durante el año 2019. Iniciar durante este año la recogida adecuada de los datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA USIETO MARISOL
GARCIA LACOMA MERCEDES
LAMARCA GAY ROCIO
JAVIERRE MIRANDA ELENA
ALLUE BLANCO MARIA
LOPE DALMAU ISABEL
ANGEL VELASCO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR
? Detectar aquellos casos incipientes de jóvenes, hombres y mujeres, de entre 12 y 14 años que comienzan a tener pensamientos y actitudes desadaptativas relacionadas con la alimentación, la autoimagen, las emociones negativas, insatisfacción corporal, etc.
? Realizar un diagnóstico precoz de anorexia, bulimia, o TCANE (trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, que son los casos incipientes y posiblemente los más difíciles de detectar) y comenzar un tratamiento de los mismos en la Usmij.
? Reducir los ingresos hospitalarios de los pacientes con TCA

METODO
- Reuniones de trabajo, 2 para lectura y exposición de artículos relacionados con el programa. En septiembre comenzó a debatir mejor momento para poder “captar” a los usuarios.
- Acceso al registro de adolescentes de los 3 pediatras del Centro de Salud, contando con Pediatra A con 76 usuarios nacidos en 2008, Pediatra B con 75, Pediatra C con 65. Los nacidos en 2018 son los adolescentes de 12 años en 2020 fecha de la implementación del programa.
- Realización por parte de Equipo:
  * Hoja de Consentimiento Informado
  * Breve Folleto explicativo
  * Hoja con Cuestionario SCOFF e EAT-28
- Realizar las 216 carpetas individuales para comenzar el screening
- A través de la llamada “carpeta individual” se informará a los familiares y adolescentes del objetivo del programa, se invitará a participar, hoja de consentimiento informado, y realización de los cuestionarios de forma individual por el adolescente
- El objetivo es que en las revisiones pautadas del “niño Sano”, el pediatra introdujera con las familias el programa, y pudieran parte de la entrevista (rellenar los cuestionarios) de formaindividual y solos en la sala (permiso de los padres). Por determinar si se sumaría alguna pregunta respecto a otros indicadores de riesgo evolutivo (no existe de l todo consenso en el grupo de trabajo de la idoneidad de sumar otros indicadores).
-Aquellos casos que no se pudieran realizar en la consulta de pediatría, serían informados y llamados por teléfono por las integrantes del programa realizarían la citación, información (obj. Del programa, folleto informativo, 2 test), se realizaría por parte de los adolescentes.
-Se utiliza una Sala del centro de Salud de Monzón, que durante los martes y jueves puede ser empleado para otros usos
- Con el objetivo de poder abarcar el mayor número posible de adolescentes a los 6 meses se volverá a "repescar" a aquellos que no puedieron asistir con anterioridad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En esta primera parte del programa se ha realizado (abril-diciembre 2019):

- Revisión bibliográfica de la literatura científica,
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Usmij:
** Elegir los métodos de Screening (EAT -28, SCOFF, ETC)
** Puntos de corte donde pasar los instrumentos : valorar conjuntamente de 12-14 años, cuántos puntos de corte se realizan para poder detectar a un adolescente que no tenga indicadores a una edad, pero pudiera tenerlos a los 6 meses por ejemplo. Debatirlo y concluir
** Realizar Hoja de Consentimiento Informado para los familiares y los pacientes
** Realizar Folleto divulgativo para familiares y adolescentes.
** Carpeta Individual con el contenido propuesto (Hoja de Consetiimiento, Folleto divulgativo, Hoja con el EAT-28 Y SCOFF)
** Realizar 216 carpetas individuales
- Consensuar mes de inicio del Primer Screening (el más ambicioso), y proponer a los 6 meses el siguiente (aquellos casos que no pudieron pasar por el primero). Realización del trabajo de campo se llevaría a cabo por la Enfermera de Usmij y Pediatría.

INDICADORES: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO con fecha princ. enero 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

Indicador: Fuente de verificación Estandar de Calidad
Nº Reuniones Actas de reuniones Asistencia 80% participantes
% Carpetas Individuales preparadas Regis. Carpetas 100% (216) preparadas dic 2019

Los siguientes indicadores se podrán evaluar una vez implementado la "carpeta individual" en el 2020 se pretende :
% de carpetas de Screening Registro de seguimiento 80 % de adolescentes trimest
% Screening corrregido Registro corregidos 70% trimestre

% Positivos con 1 entrev. Entrevista personal 90% de adoles. Positivos semes

% casos inicio de tt. Citados en la USMIJ 90% de adolesc. Con Tno.

% Hoja Consent. Inform. Entrev. Explicac. 80% de las entregadas trim

DURACIÓN Y CALENDARIO
En primera Fase del Programa (mayo a diciembre de 2019):
- mayo –septiembre 2019 (búsqueda bibliográfica,primeras reuniones Equipo)
-octubre-diciembre 2019 (Realización de Carpetas con hoja de Consentimiento Informado, Folleto resumen del Proyecto, 2 test de screening)
Para la Segunda parte del Programa (2020)
- enero –mayo 2020 (implementación de las actuaciones a la población elegida)
-junio 2020 (corrección y primeras entrevistas a los casos considerados positivos, contacto con familiar y adolescente y actuación preventiva o tratamiento)
-octubre (tratamiento de los datos, estadísticas de los mismos, revisión, incidencias etc)

ANEXO: MATERIALES

CONTENIDO DE LA “CARPETA INDIVIDUAL”:

** HOJA 3 (cuestionario SCOFF y cuestionario EAT-26)

TABLA 2
Eating attitudes test (EAT-26)
(Siempre Muy a menudo A menudo Algunas veces Raramente Nunca)
1 Me da mucho miedo pesar demasiado
2 Procura no comer aunque no tenga hambre
3 Me preocupo mucho por la comida
4 A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono
(por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más
9 Vomito después de haber comido
10 Me siento muy culpable después de comer
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
15 Tardo en comer más que las otras personas
16 Procuro no comer alimentos con azúcar
17 Como alimentos de régimen
18 Siento que los alimentos controlan mi vida
19 Me controlo en las comidas
20 Noto que los demás me presionan para que coma
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces
23 Me comprometo a hacer régimen
24 Me gusta sentir el estómago vacío
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

** HOJA 1 (CONSENTIMIENTO)

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA PEDIATRIA MONZON-USMIJ HOSPITAL DE BARBASTRO

Yo……., como madre/padre tutor/tutora
de mi hijo/a ……, he sido informado/a del Screening que se va a efectuar a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

adolescentes nacidos en 2008 en el Centro de Salud de Monzón en 2020 (he recibido la información a través de las Pediatras y/o Enfermera de Pediatría y/o de la USMIJ del Sector de Barbastro).

Firmando este documento y siempre que mi hijo/a quiera colaborar voluntariamente en él:

- Acepto que los datos del mismo puedan ser utilizados sólo para este programa y otros estudios posteriores que se puedan realizar cumpliendo la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Doy mi permiso para poder contactar conmigo en caso de que mi hijo/a pudiera ser seleccionada por pasar el corte de dichas encuestas, en este caso se le ofrecería orientación sobre las actuaciones que se podrían realizar .

Monzón. …… enero de 2020

Firma del Padre/Madre o tutor/a Firma del hijo/hija

** HOJA 2 FOLLETO (ADJUNTA)

ANEXO: MATERIALES
CONTENIDO DE LA “CARPETA INDIVIDUAL”:

** HOJA 3 (cuestionario SCOFF y cuestionario EAT-26)

TABLA 2
Eating attitudes test (EAT-26)
(Siempre Muy a menudo A menudo Algunas veces Raramente Nunca)
1 Me da mucho miedo pesar demasiado
2 Procura no comer aunque no tenga hambre
3 Me preocupo mucho por la comida
4 A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono
(por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más
9 Vomito después de haber comido
10 Me siento muy culpable después de comer
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
15 Tardo en comer más que las otras personas
16 Procuro no comer alimentos con azúcar
17 Como alimentos de régimen
18 Siento que los alimentos controlan mi vida
19 Me controlo en las comidas
20 Noto que los demás me presionan para que coma
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces
23 Me comprometo a hacer régimen
24 Me gusta sentir el estómago vacío
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

** HOJA 1 (CONSENTIMIENTO)

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA PEDIATRIA MONZON-USMIJ HOSPITAL DE BARBASTRO

Yo……., como madre/padre tutor/tutora
de mi hijo/a ……, he sido informado/a del Screening que se va a efectuar a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

adolescentes nacidos en 2008 en el Centro de Salud de Monzón en 2020 (he recibido la información a través de las Pediatras y/o Enfermera de Pediatría y/o de la USMIJ del Sector de Barbastro).

Firmando este documento y siempre que mi hijo/a quiera colaborar voluntariamente en él:
- Acepto que los datos del mismo puedan ser utilizados sólo para este programa y otros estudios posteriores que se puedan realizar cumpliendo la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Doy mi permiso para poder contactar conmigo en caso de que mi hijo/a pudiera ser seleccionada por pasar el corte de dichas encuestas, en este caso se le ofrecería orientación sobre las actuaciones que se podrían realizar .

Monzón. …… enero de 2020

Firma del Padre/Madre o tutor/a Firma del hijo/hija

** HOJA 2 FOLLETO (ADJUNTA). El programa de esta web no deja adjuntar como "foto" el triptico informativo que teníamos en word.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este programa acaba de inicar su andadura, ya que en esta primera parte dell mismo consistía en en consensuar bibliografía, documentos que adjuntar y valoración y realización al efecto de los mimos, así como el tiempo en concreto de poder llevarlo a cabo simultaneándolo con las visitas concertadas de los adolescentes con sus pediatras, para no sobrecargar de citas a los mismos y a sus familiares. Parte de los profesionales del Equipo se tuvieron que encargar de la edición, copia y gestión tanto de las carpetas individuales como de las citas con los usuarios. Esta cronología ya la hicimos constar en el Proyecto. Es en 2020 cuando vamos realmente a poder valorar el resto de indicadores (ya reseñados anteriormente a conseguir el próx. año). Esta etapa inicial, consideramos que es importante para poder facilitar tanto a los profesionales (que también tienen que seguir con su trabajo habitual y el proyecto), como a los usuarios una base que lleve a la realización efectiva del trabajo de campo y a la vez no interferir en exceso en su día adía

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con e Proyecto en el 2020

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1439 ========== ***

Nº de registro: 1439

Título
PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, ARA USIETO MARISOL, GARCIA LACOMA MERCEDES, LAMARCA GAY ROCIO, JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALLUE BLANCO MARIA, LOPE DALMAU ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

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

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes.
Desde la USMIJ, hemos podido constatar que año tras año aparecen casos derivados por médicos de familia a nuestra Unidad, entorno a los 14-17 años con un deterioro importante no sólo a nivel físico (peso entre 15-17 de IMC) sino también con una patología psicológica de años de evolución respecto a la comida que les lleva a esa desnutrición.
Esta situación hace que tan sólo recibir el caso a la Unidad, la mayor parte de ellos deban ingresar a nivel hospitalario para poder ser valorados físicamente, instaurar una nutrición y alcanzar un peso mínimo con el que poder abordar el proceso. Por otro lado, el partir de un bajo peso (por debajo de 16) hace más costoso y difícil la recuperación no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico, alargándose en el tiempo el tratamiento, y consecuentemente el sufrimiento del paciente y la familia.
La edad de 14 años, en nuestra Comunidad Autónoma, supone el paso del paciente adolescente desde Pedatría a Médico de Familia, supone también la finalización de las revisiones periódicas que se realizaban en Pediatría, y el paciente acude a su médico cuándo algún proceso leve le lleva él. Por ello posiblemente la familia contacta con el médico cuando los síntomas están ya instaurados (unido a la ocultación de los jóvenes de estos síntomas a sus familiares) y son evidentes para ellos, encontrándose el facultativo con el trastorno.
Desde Pediatría, son muchas las revisiones periódicas que se realizan, mucho más frecuentes cuando el niño o niña tiene corta edad, y se van espaciando en el tiempo a medida que el niño va creciendo y continúa sano. Con el desarrollo de los niños, en la pubertad, aunque los pediatras sondean respecto a los hábitos alimentarios, no disponen de protocolos que puedan incidir de forma expresa en la búsqueda de indicadores de posibles inicios de trastornos de la conducta alimentaria.
Es sabido que la edad en la que los adolescentes comienzan a tener pensamientos de adecuación o no con su imagen corporal comienzan tras el desarrollo puberal, es decir, desde los 12 a 14 años aproximadamente.

RESULTADOS ESPERADOS
Teniendo en cuenta lo anterior, y tras las coordinaciones con Pediatría, se ha decidido realizar este Programa conjunto entre Pediatría de Monzón y la Usmij del Sector de Barbastro con los siguientes objetivos:
- Detectar aquellos casos incipientes de jóvenes, hombres y mujeres, de entre 12 y 14 años que comienzan a tener pensamientos y actitudes desadaptativas relacionadas con la alimentación, la autoimagen, las emociones negativas, insatisfacción corporal, etc.
- Realizar un diagnóstico precoz de anorexia, bulimia, o TCANE (trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, que son los casos incipientes y posiblemente los más difíciles de detectar) y comenzar un tratamiento de los mismos en la Usmij.
- Reducir los ingresos hospitalarios de los pacientes con TCA

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de la literatura científica, y de protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Usmij:
*Elegir los métodos de Screening (EAT -28, SCOFF, ETC)
*Puntos de corte donde pasar los instrumentos: valorar conjuntamente de 12-14 años, cuántos puntos de corte se realizan para poder detectar a un adolescente que no tenga indicadores a una edad, pero pudiera tenerlos a los 6 meses por ejemplo. Debatirlo y concluir
*Realizar Hoja de Consentimiento Informado para los familiares y los pacientes
- Puesta en marcha del Screening, valorar si enfermera-pediatra; enfermera-componente de Usmij.

INDICADORES
Indicador 1: % de hojas de Screening
Fuente: Registro de seguimiento
Estandar 80%

Indicador 2: %Screening corregido
Fuente: Registros corregidos
Estandar: 70%

Indicador 3: %Positivos con 1 entrevista
Fuente: Entrevista personal
Estandar: 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

```
Indicador 4: %Casos inicio de tratamiento
Fuente: Citaciones
Estandar: 90%

Indicador 5: %Hoja consentimiento informado
Fuente: Entrevista explicatoria
Estandar: 80%


DURACIÓN
- mayo–septiembre 2019(búsqueda bibliográfica, primeras reuniones Equipo)
-octubre-diciembre (Realización de Carpetas con hoja de Consentimiento Informado, Breve resumen del Proyecto, 2
test de screening)
- enero–mayo 2020 (implementación de las actuaciones)
- junio (corrección y primeras entrevistas a los casos considerados positivos y tratamiento)
-octubre (revisión, incidencias etc


OBSERVACIONES


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

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0702

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA MALO ASO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras una primera reunión de grupo se recopilan las guías docentes de los cuatro cursos del grado de enfermería de las universidades: San Jorge, Escuela de enfermería de Huesca y Lleida
Se está trabajando en elaborar una guía con los objetivos a conseguir. Debido a la extensión de las guías docentes hemos encontrado gran complejidad para poder hacer nuestra guía útil para el personal del centro, a pesar de ello se encuentran en fase avanzada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a la escasez de alumnos que hemos tenido durante el último trimestre de 2019 y con la previsión de que estos aumentasen en el primer y segundo trimestre de 2020 se decidió que tanto los cuestionarios como la guía no se distribuyesen hasta no tener más alumnos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Está previsto que a lo largo del mes de febrero de 2020 se inicie la primera evaluación con el cuestionario al personal del centro.
Como ya se indicó en la solicitud del proyecto la previsión es terminarlo en Septiembre de 2020

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/702 ========== ***

Nº de registro: 0702

Título
MANUAL PARA LOS COLOBORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DEL DOCENTE

Autores:
MALO ASO ALEJANDRA, BORRELL BORRELL EVA, DOMEC LLORET REYES, SICART LONCAN SILVIA, PUEYO VICENTE YOLANDA, BRAVO TRICAS IRENE, VILCHEZ BRUNED ELENA, ABADIA TORRALBA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Estudiantes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En numerosas ocasiones los colaboradores de estancias clínicas no conocemos con exactitud ni las habilidades ni los conocimientos que deben adquirir los alumnos que se encuentran realizando prácticas en nuestro servicio dependiendo de los estudios y el curso en el que se encentran.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todo el personal colaborador de estancias clínicas tanto de los alumnos de grado de Enfermería como de Técnico de cuidados auxiliares de Enfermería conozca con exactitud las habilidades y conocimientos que debe alcanzar cada alumno al finalizar su rotatorio dependiendo de sus estudios curso y servicio en el que haya

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0702

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE

realizados sus prácticas. Disminuir la variabilidad entre los diferentes servicios y docentes.

MÉTODO
Crear unas pautas basándonos en los objetivos que nos proporcionan tanto las universidades y escuelas de enfermería como los centros de formación de TCAEs.
Distribuir dichas pautas y aclarar las dudas que puedan surgir entre los profesionales donde los alumnos se encuentren realizando sus prácticas

INDICADORES
En primer lugar se proporcionará un cuestionario a los futuros colaboradores de estancias clínicas para evaluar los conocimientos que poseen sobre que consideran que deben aprender los alumnos durante su estancia en el servicio y seguidamente se les entregaran las pautas que vamos a realizar para que conozcan con exactitud dichos conocimientos y habilidades.
Una vez los alumnos hayan completado su estancia clínica en el servicio los colaboradores de estancias clínicas volverán a realizar el mismo cuestionario que se les paso previo al conocimiento de las pautas y así podremos evaluar si estas han sido efectivas y por lo tanto nuestros alumnos están aprendiendo lo que consideran en sus centros de formación para su curso y estudios.
También se realizará un test a los alumnos una vez hayan finalizado sus prácticas y así poder valorar si han alcanzado los conocimientos y objetivos esperados.

DURACIÓN
Abril- junio 2019: Elaboración de formularios y pautas
Septiembre- octubre 2019: cumplimentación de los formularios y difusión de las pautas entre los diferentes colaboradores de estancias clínicas.
Julio 2020: Análisis de los resultados
Septiembre 2020: Exposición de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0977

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IRIS LIVIA MAR HERNANDEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO ZAMORA SARA
VALLES TORRES ELISA
GRACIA MAIRAL AIMAR
PALACIOS DIAZ VANESSA
CHUECA LASAGA ALICIA
RODRIGUEZ GONZALEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos llevado la realización de un vídeo que se proyecta en la sala de espera de Urgencias, con material de prevención y educación para la salud. Se ha llevado a cabo una encuesta de evaluación del proyecto a los usuarios Urgencias. Tanto el vídeo como la encuesta fueron pasados por dirección médica para su aprobación, y por motivos ajenos a nosotras, su aprobación tardó 5 meses. La plataforma utilizada para la proyección del vídeo, tuvo problemas informáticos, por lo que no se pudo reproducir durante 2 meses más. A día de hoy el vídeo esta siendo proyectado de manera subóptima

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados no son valorables ni significativos debido a que la cantidad de encuestas es escasa, y la mayoría de ellas son del periodo en el cual no funcionaba el vídeo. N=7 Encuestas completas= 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es difícil trabajar cuando el proyecto depende de la infraestructura y de la idiosincrasia del hospital.
Hemos tenido poca colaboración por parte de los usuarios de la sala de espera y poco tiempo para la realización y recolección de encuestas

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría que el vídeo se siguiera proyectando y recolectando datos sobre la utilidad del mismo. Se va a mantener la proyección y pedir más colaboración desde el servicio.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/977 ========== ***

Nº de registro: 0977

Título
EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MAR HERNANDEZ IRIS LIVIA, GARRIDO ZAMORA SARA, VALLES TORRES ELISA, GRACIA MAIRAL AIMAR, PALACIOS DIAZ VANESSA, CHUECA LASAGA ALICIA, RODRIGUEZ GONZALEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología que hace uso de la Urgencia Hospitalaria
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención y promoción de la salud

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta una falta de educación sanitaria y empoderamiento en salud de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro en la que es posible actuar mediante medios audiovisuales dándole utilidad al tiempo de espera a ser atendidos y los recursos allí presentes. Vemos como oportunidad de mejora de la calidad del servicio de Urgencias, mejorando la satisfacción del usuario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0977

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar los conocimientos básicos en consejos sanitarios y promoción de la salud
- Ofrecer información visual y comprensible referida a prevención y promoción de la salud elaborada por Sociedades Científicas
- Disminuir la demanda asistencial por patologías banales, llevando a cabo un uso razonable y adecuado de las Urgencias
- Disminuir la ansiedad alentada por patologías
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes,

MÉTODO
- Creación del grupo de trabajo concretando los objetivos y estructura del proyecto.
- Creación de un soporte audiovisual para la proyección en la Sala de Espera.
- Creación de una encuesta de satisfacción para el usuario.
- Reuniones periódicas.
- Análisis de los resultados.
- Creación de criterios e indicadores medibles.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción para el usuario.

DURACIÓN
Abril: Creación y revisión del soporte audiovisual
Mayo: Creación de la encuesta
Mayo: Creación del buzón para encuestas
Mayo - Enero: Proyección y entrega de encuestas a disposición del usuario
Enero - febrero: Análisis total de encuestas
Recolecta de encuestas semanal con análisis mensual

OBSERVACIONES
Las fechas son orientativa

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1083

1. TÍTULO

USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN UROLOGÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA FIERRO UNSAIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO AYERBE LAURA
SANTOS DOMINGUEZ ARACELI
HIDALGO SALLAN VERONICA
SALILLAS GUILLEN RAQUEL
FERNANDEZ FELIX MAR
GARCES BIELSA SONIA
GONZALEZ MARTIN BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades que se han llevado a cabo han sido:
- Sesiones clínicas, a las que asistieron el personal adscrito a la planta; tanto diplomados de enfermería como TCAE. En estas sesiones se reforzaron conocimientos de las siguientes áreas del tema a tratar:
- - Prevalencia y tratamientos del Tumor Vesical
-- Descripción del citostático usado en la unidad: Mytomicin
-- Indicaciones y contraindicaciones del Mytomicin
-- Material y personal necesario para la administración del mismo
-- Técnica correcta de administración del Mytomicin
-- Eliminación y manejo de citostáticos
-- Actuación en caso de accidente con un citostático

- Se han elaborado posters que están colocados en el control de la unidad. En ellos aparecen fotografías y otros gráficos realizados en el servicio por el propio personal, describiendo el material y la forma correcta de administración de los citostáticos vía urológica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo el personal de la unidad ha asistido a las sesiones, así mismo el material didáctico está disponible en la planta para poder ser consultado. El resultado en este sentido ha sido muy satisfactorio, tanto que se repetirán dichas sesiones de forma periódica cuando haya rotación de personal en la unidad.
Los pósters están expuestos en el control de la unidad, en un lugar accesible para todo el personal, por lo que sirven de consulta y refuerzo para el personal de la planta y sobre todo es especialmente útil para el personal eventual y de refuerzo ocasional que es destinado a esta unidad de urología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto de mejora ha sido muy bien valorado por los miembros del equipo; el enfrentarse a una exposición de conocimientos en público supone un reto y estímulo para los ponentes y es una motivación para el estudio y la investigación. De la misma manera, se ha fomentado el trabajo en equipo a la hora de poner en común experiencias, dudas y vivencias que tienen relación con el trabajo cotidiano.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1083 ========== ***

Nº de registro: 1083

Título
USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTATICOS EN UROLOGIA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

Autores:
FIERRO UNSAIN MARTA, ALONSO AYERBE LAURA, SANTOS DOMINGUEZ ARACELI, HIDALGO SALLAN VERONICA, SALILLAS GUILLEN RAQUEL, FERNANDEZ FELIX MAR, GARCES BIELSA SONIA, GONZALEZ MARTIN BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1083

1. TÍTULO

USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN UROLOGÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer vesical es una de las neoplasias con más alta prevalencia (4º tumor en varón y 9º en mujeres) además tiene alta tendencia a la recidiva (40-80% en 1º año y el 50% a los 2a). Tras 5 años del 5 al 30% pasan a ser músculo-invasores. El principal factor pronóstico de los tumores vesicales es la invasión en profundidad. El tratamiento en las etapas iniciales es la resección transuretral (RTU). En un intento de disminuir la tendencia a la recidiva y su progresión; se ha propuesto la administración de quimioterapia adyuvante tras la RTU.
Mediante este tto intravesical las concentraciones del quimioterápico se ponen directamente en contacto con la mayor parte del urotelio, sin el riesgo de una exposición sistémica y de sus complicaciones y efectos secundarios.
La administración de este tratamiento requiere un manejo especial, tanto de cara al manejo del citostático por la seguridad del trabajador, como a la eliminiación de los residuos que se crean a raíz de su uso.
La continua rotación y cambio del personal de la unidad, hace necesaria una continua actualización para la adecuada realización de estas técnicas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Actualizar conocimientos del personal de la Unidad de Hospitalización de Urología respecto a las patologías que requieren este tipo de tratamiento.
- Actualizar conocimientos respecto al uso y manejo de los tratamientos citostáticos en urología.
- Reforzar conocimientos en el manejo adecuado de los citostáticos y el manejo correcto de los residuos.

MÉTODO
- Realizar sesiones clínicas seriadas para favorecer la asistencia del personal adscrito a la unidad, así como el personal de refuerzo habitual.
- Elaboración de un poster explicativo con las normas de administración del tratamiento, así como el material necesario para ello.

INDICADORES
- El 100% del personal adscrito a la unidad asistirá a las sesiones informativas.

DURACIÓN
- Entre el mes de Marzo y Junio, se elaborará el póster y se presentará al personal de la unidad.
- A lo largo de los meses de Mayo y Octubre se realizarán sesiones clínicas formativas.
- Enero 2020; análisis y presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ========== ***