

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2018_0705	F	29/01/2020	ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2019_0470	S1	24/01/2020	MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2019_0483	F	19/12/2019	FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS
TE	AP	CS ALBARRACIN	BESER MORTE CRISTINA	2019_0633	S1	17/01/2020	APLICACION DE LA TECNICA MÓLNDAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALFAMBRA	PALACIOS MEDRANO JESUS	2019_0211	F	21/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES EN ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2019_0212	F	21/01/2020	CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP	CS ALIAGA	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2019_0064	F	15/01/2020	ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BASICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGANICO ASINTOMÁTICO
TE	AP	CS ALIAGA	ORTIZ DOMINGUEZ LAURA	2019_0416	F	19/01/2020	BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO
TE	AP	CS BAGUENA	TERRADO SERRANO MARIA ASCENSION	2019_0381	F	28/01/2020	TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2019_0214	F	19/12/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL
TE	AP	CS CALAMOCHA	LAHOZ ABADIAS RAQUEL	2019_0772	F	30/01/2020	RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD
TE	AP	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA MARIA	2019_0979	F	31/01/2020	ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO
TE	AP	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2019_0274	F	17/01/2020	REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C.S. CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2019_0415	F	23/01/2020	EDUCACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION
TE	AP	CS CELLA	MAICAS MAICAS FERNANDO	2018_1483	F	30/01/2020	ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD
TE	AP	CS CELLA	GIL VALERO PILAR	2019_0295	S1	23/01/2020	MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN C.S. DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2019_1265	F	24/01/2020	EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	FERRERAS GASCO DOMINGO	2019_0463	F	27/01/2020	BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES	2019_0481	S1	03/01/2020	MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2019_0319	F	16/01/2020	ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS
TE	AP	CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2019_0237	F	14/01/2020	DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES
TE	AP	CS MOSQUERUELA	SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN	2019_0238	F	20/01/2020	ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2019_0573	S1	31/01/2020	PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO DOLORES	2019_0950	F	31/01/2020	REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BLAS GOMEZ CONSUELO	2019_0952	F	30/01/2020	ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR
TE	AP	CS SARRION	CONEJOS BELLIDO CARMEN	2018_0387	F	21/01/2020	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD. EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.
TE	AP	CS SARRION	ABADIA PUYUELO ALVARO	2019_0705	F	14/01/2020	CAPTACIÓN OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCIÓN ORDINARIA Y LA ATENCIÓN CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LA EPOC
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	SALESA NAVARRO LUCIA	2019_0297	F	22/01/2020	PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2019_1000	F	29/01/2020	MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO	2019_1321	F	29/01/2020	RECETA DEPORTIVA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	ABAD POLO LAURA	2019_1380	S1	23/01/2020	CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	MONTON BARRERA ESTRELLA	2019_0405	F	31/01/2020	LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA CARMEN	2019_0561	F	29/01/2020	MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2018_0211	F	27/01/2020	EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE SALUD BUCODENTAL	ROSA MORALEDA SUSANA	2018_0165	F	27/01/2020	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL
TE	AP	CS UTRILLAS	BLAZQUEZ ORNAT ISABEL	2019_0184	S1	29/01/2020	CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO
TE	AP	CS VILLEL	MATAMALA GIMENO CARLOS	2018_0614	F	12/01/2020	POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS VILLEL	GARCIA GARCIA MARIA PILAR	2019_0500	F	30/01/2020	INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL
TE	AP	ESAD TERUEL ESAD	AGUDO RODRIGO MARTA	2019_1202	S1	31/01/2020	MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2019_0321	F	21/01/2020	REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	LAMUÑO SANCHEZ DAVID	2019_0918	F	23/01/2020	ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	VALERO ADAN ADELA	2019_1334	F	21/01/2020	MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	ALEGRE SORIANO SARA	2019_0003	S1	20/01/2020	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO BLOQUE QUIRURGICO	MELLENDEZ VILLANUEVA MARIA DEL CARMEN	2019_0008	F	28/01/2020	OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO BLOQUE QUIRURGICO	CAMPILLO DOBON EVA	2019_0733	F	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	VILLAMON NEVOT MARIA JOSE	2019_0899	F	27/01/2020	INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	S2	28/01/2020	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ PEREZ MARTA	2018_0563	S2	25/02/2020	IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	IRANZO GARCIA CONCEPCION	2019_0920	F	29/01/2020	MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA Y DIGESTIVO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FERNANDEZ PERA DIEGO	2019_1002	S1	31/01/2020	IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROYO AGUSTIN MARIA	2018_0185	S3	22/01/2020	PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2019_0309	F	22/01/2020	MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		TRAUMATOLOGIA					BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA	2019_0841	S1	31/01/2020	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	ARIÑO PEREZ INES	2018_1243	F	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	CATALAN EDO MARIA PILAR	2019_1304	F	31/01/2020	MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2019_0205	F	27/01/2020	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2019_0011	F	16/01/2020	DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO PARDO IRENE	2019_0026	F	16/01/2020	SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2018_0362	F	30/01/2020	CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAOO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2019_0218	F	14/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	PEREZ MARTINEZ CARMEN	2019_0220	F	14/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	ZABALA LOPEZ SERGIO	2019_0874	S1	30/01/2020	ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES	2019_1210	F	24/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	FERNANDEZ SANTOS RAFAEL	2019_0661	F	02/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2018_0204	F	24/01/2020	EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	VICENTE VICENTE ANA	2019_0346	F	14/01/2020	TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2019_0769	F	24/12/2019	TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUENO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2019_0316	F	21/01/2020	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	RUIZ PALOMINO MARIA DEL PILAR	2019_0956	S1	02/01/2020	CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2018_0415	S2	19/01/2020	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GIL MELGOSA LIGIA	2019_0270	S1	31/01/2020	CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2018_0225	S2	29/01/2020	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2019_0177	F	16/01/2020	IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	F	17/01/2020	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL	2019_0031	F	03/01/2020	ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2019_0179	S1	13/01/2020	REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2019_0294	F	31/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ADAN LANCETA VICTOR	2019_0443	F	24/01/2020	REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	IZQUIERDO FORTEA IRENE	2019_0523	F	17/01/2020	ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2019_0947	S1	31/01/2020	PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	RENAU HERNANDEZ ESMERALDA	2018_0386	F	24/01/2020	CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades:

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto se ha concluido con 151 pacientes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se han analizado otros parámetros en el estudio.

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

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

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 0705

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

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

Detectar alteraciones relacionadas a microangiopatía no conocidas.

Población diana: Diabéticos del CS Albarracín

MÉTODO

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

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

INDICADORES

Indicadores:

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

Evaluación:

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

DURACIÓN

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

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

Al fin del estudio se analizarán los indicadores propuestos y se realizarán las conclusiones pertinentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Cronograma:

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

De Mayo a Noviembre se han ido realizando Fiestas de Mapeo

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

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

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

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

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

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

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

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

Se acordó repartirnos los pueblos de esta manera:

Katia Souza: Orihuela.

Carolina Pérez: Bronchales y Monterde

Manoli Martín: sus 6 pueblos

Helena Esteva, Cristina Beser: Albarracín

Lourdes Ortiz: Gea de Albarracín

Ana Tamames: Valdecuenca, Jabaloyas y sus pueblos.

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

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

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

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

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

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

Responsables: Mónica Lasheras, Helena Esteva y Cristina Beser.

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

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

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

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

Nacho Castellón y Helena Esteva.

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

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

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

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 0470

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

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 19/12/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0483

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

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

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

1. TÍTULO

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

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

OBJETIVOS:

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

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

1. TÍTULO

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

Desarrollo de las actividades durante el siguiente semestre.
Recogida de datos y presentación de resultados en el último trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 17/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0633

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

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

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

1. TÍTULO

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

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

Escorihuela:

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

Alfambra:

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

Pancrudo:

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

Perales:

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

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

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

Cada profesional, realizó los ajustes de tratamiento necesarios, para cumplir con los criterios establecidos en el proyecto, durante los meses de Mayo a Octubre.

En Diciembre, cada profesional realiza la segunda recogida de datos, y se realiza el análisis por parte de Jesús Palacios y Nuria Esteban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos en la evaluación post-tratamiento, son los siguientes:

Escorihuela:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 2/25
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/6
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ? 2/6

En conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiente en prevención primaria, ha disminuido del 12 al 8% los pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Ese 8% pertenece a tratamientos indicados en especializada, que se mantienen en cifras, y por tanto, se decidió no cambiar ese tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, no hay pacientes, ni al inicio, ni al final del proyecto, que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, al inicio del proyecto, no había pacientes que cumplieran con las cifras óptimas establecidas, y al finalizarlo, se obtiene una mejora del 33%.

Alfambra:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 11/113
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/23
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?4/23

En conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiante en prevención primaria, ha disminuido del 11 al 9% los pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Ese 9% pertenece a tratamientos indicados en especializada, que se mantienen en cifras y se decidió no cambiar esos tratamientos. Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, no hay pacientes, ni al inicio, ni al final del proyecto, que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, al inicio del proyecto, no había pacientes que cumplieran con las cifras óptimas establecidas, y al finalizarlo, se mantienen datos similares.

Pancrudo:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 0/14
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/7
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?2/7

Conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiante en prevención primaria, ya desde el inicio del proyecto, no tenía pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Así se ha mantenido hasta el final del proyecto. Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, no hay pacientes, ni al inicio, ni al final del proyecto, que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, con respecto al inicio del proyecto, se obtiene una mejora del 11 al 28%.

-Perales:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 10/93
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/24
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?7/24

Conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiante en prevención primaria, ha disminuido del 15% al 10% los pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Ese 10% pertenece a tratamientos indicados en especializada, que se mantienen en cifras. Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, al inicio del proyecto había un 0,8% de pacientes sin tratamiento. Al final del proyecto, no hay pacientes que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, al inicio del proyecto, el 50% de los pacientes cumplían con las cifras óptimas establecidas, y al finalizarlo, sólo un 30%.

Al finalizar el proyecto, y analizar los datos, se pasa la encuesta de satisfacción a los compañeros que han participado en él. Los resultados son los siguientes:

-Grado de satisfacción con respecto a la utilidad del proyecto (1 - 10): 58/7= 8,28
-Grado de satisfacción con respecto a facilidad de realización del proyecto (1-10): 61/7=8,71
-Grado de consecución de buen ajuste del tratamiento al paciente (1-10): 60/7= 8,57
-Grado de satisfacción con las conclusiones obtenidas (1-10): 64/7=9,14

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que ha sido en menor grado del que esperábamos, (ya que no hemos llegado a los estándares que nos planteamos), en casi todos los indicadores se ha producido el resultado de mejora que pretendíamos. Aunque el tiempo parezca dilatado, entendemos que el duración del proyecto que planteamos, es insuficiente. Primero, porque los controles analíticos son anuales, con lo que si reducimos el tiempo, aumentamos el gasto considerablemente. Segundo, porque el margen de mejora, sería mayor, si aumentásemos el tiempo (por ejemplo, bianual).

La fiabilidad de los resultados, depende de la recogida de datos, que se ve entorpecida por la pérdida de pacientes (desplazados de otras comunidades que en la segunda evaluación, ya no están; y nuevos pacientes que se incorporan), y la dificultad que hemos tenido a la hora de poder extraer datos como los pacientes en prevención secundaria (ya que dependemos de que las historias clínicas estén bien implementadas en OMI)...

Durante la realización del proyecto, se han realizado bajas y nuevas incorporaciones de los distintos profesionales médicos. Los miembros del equipo, a fin del proyecto, que han realizado la evaluación post-INTERVENCIÓN son:

Jesús Palacios Medrano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Jose Antonio Pupo Álvarez
Carlos Castro Lopez.
Jose María Villacampa Rivas
M^a Jesús Armengod Valero
Manuel Vicente Pérez
Nuria Esteban Pérez.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. La hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y la diabetes son factores de riesgo mayores y causales de enfermedad cardiovascular y mortalidad vascular y total.
La hipercolesterolemia, es el factor de riesgo más prevalente y afecta al 50% de la población adulta española. Sin embargo, es el menos conocido de los factores de riesgo (50%), el menos tratado (42%) y, aunque ha mejorado, el control sigue siendo moderado (< 50%).
Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.
Dada la relevancia que tiene un buen control de las dislipemias, y viendo que en nuestro centro, todavía se aprecia un porcentaje de pacientes que no tienen una adecuada prescripción y/o ajuste de valores óptimos tanto en prevención primaria, como en secundaria; creemos que es oportuno elaborar un proyecto de calidad que nos sirva para optimizar el uso de éstos, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana son los pacientes en tratamiento hipolipemiente pertenecientes a la zona básica de salud del CS Alfambra y PAC de Pancrudo.
El objetivo principal, es adecuar el tratamiento y optimizar las cifras de control de nuestros pacientes.
Los objetivos planteados son:
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes
-Conocer el porcentaje de pacientes en prevención secundaria, para revisar y adecuar las prescripciones de estos pacientes.
-Mejorar las cifras de control en pacientes que están en prevención secundaria.

MÉTODO
-Recogida de datos del cuadro de mandos al inicio del estudio
-Sesión clínica para los miembros del equipo, para revisar los criterios de tratamiento y los objetivos de control en prevención primaria y secundaria.
-Elaboración de un díptico para los pacientes con hábitos higiénico-dietéticos para la dislipemia.
-Evaluación de los tratamientos pautados para los pacientes en prevención primaria, y ajuste de los mismos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

según criterios terapéuticos.

- Evaluación de las cifras de los pacientes en prevención secundaria, y ajuste terapéutico si es necesario, para optimizar los valores.
- Reevaluación de los indicadores, para valorar la eficacia de la intervención.
- Encuesta de satisfacción para los profesionales.

INDICADORES

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria

Esperamos que este indicador disminuya notablemente, llegando a unas cifras óptimas del 5%

-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria

-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria

Esperamos que este indicador disminuya notablemente, llegando a unas cifras óptimas del 5%

-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria.

-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria.

Esperamos que este indicador aumente, llegando a cifras óptimas del 90%

-Valoración de satisfacción de los profesionales.

DURACIÓN

Durante el mes de Abril se analizarán los datos del cuadro de mandos, y se realizará la sesión clínica.

Desde Mayo hasta Octubre se realizarán los ajustes de tratamiento necesarios.

Durante el mes de Noviembre, se analizarán los datos del cuadro de mandos

Durante el mes de Diciembre, se analizarán los resultados, y se comunicarán con el equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 21/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN MUÑOZ GLORIA
PEREZ VILLARROYA FRANCISCA
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL
VICARIA WITTIG GUSTAVO E
SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
VICENTE PEREZ MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de Abril, se produjo el contacto inicial con los diferentes colegios, y la distribución de los alumnos fue la siguiente:
Alfambra (28 alumnos): 10 de Educación Infantil (3 - 5 años), 18 de Educación Primaria, 0 Educación Secundaria (1º y 2º).
Visiedo (6 alumnos): 3 de Educación Infantil, 2 de Educación Primaria, y 1 de Educación Secundaria.
Camañas (12 alumnos): 1 de Educación infantil, 8 de Educación Primaria, y 3 de Educación Secundaria.
Argente (8 alumnos): 2 de Educación infantil, 4 de Educación Primaria y 2 de Educación Secundaria.
Perales (8 alumnos): 1 de Educación infantil, 7 de Educación Primaria y 0 de Educación secundaria.
Pancrudo (11 alumnos): 2 de Educación infantil, 9 de Educación Primaria y 0 de Educación secundaria.
Para la realización de estos talleres para los escolares, y el posterior para adultos, se usaron dos presentaciones diferentes, elaboradas por Paqui y Nuria, adaptadas a las diferencias de edad. Cada alumno trajo su muñeco, y se llevaron, cedidos por docencia, torsos para la práctica más real de los más mayores.
La estructura del taller consta de una parte teórica, en la que en forma de cuento, y apoyado en diapositivas, se expone la forma de actuar ante una urgencia y como realizar una RCP básica y maniobra de Heimlich. Una parte práctica, en la que por medio de la canción y con sus propios muñecos, realizan la RCP y maniobras de Heimlich, y al final, a modo de juego se les invita a que intenten realizar la maniobra en el torso, por parejas, para que sea más similar a la realidad. Tras el taller, se pasa un "examen", (test de evaluación), para valorar la adquisición de conocimientos.
Con respecto a las sesiones, el cronograma fue el siguiente:
Los talleres de Pancrudo, se realizaron el 12 de Junio de 2019, con Gloria, Miguel Ángel y M^a Jesús, con una duración aproximada de 1 hora, incluyendo la práctica con los muñecos, apoyándose en la presentación que se realizó para los más pequeños, ya que se juntaron a los 11 niños.
Los talleres en Perales se realizaron el 19 de Junio de 2019, con Lola, Gloria y M^a Jesús, de duración aproximada 1 hora, incluyendo las prácticas con los muñecos. Se realizó en una sola sesión con los 8 niños, usando la presentación para los más pequeños.
Los talleres de Camañas, Visiedo y Argente, se realizaron el 27 de Junio de 2019, por parte de Nuria. La fecha se ajustó a la petición de algunos padres, para que se impartiesen al finalizar el curso escolar y antes de que comenzaran las "colonias", de modo que si alguno de los hermanos mayores que están estudiando fuera, quería asistir, pudiese hacerlo. El taller en cada pueblo, tuvo una duración de unos 50 minutos, se hizo una sesión única en cada pueblo, usando la presentación para los más pequeños.
Los talleres en Alfambra, por motivos de organización con el colegio, se realizaron el 20 de Septiembre de 2019, por parte de Manolo y Paqui. Se separaron en dos grupos, según la edad; el taller para los alumnos de infantil, tuvo una duración de 50 minutos, se usó la presentación para los más pequeños. El de los alumnos de primaria, duró 50 minutos, se usó la presentación de los más mayores.
Con respecto a los talleres para los adultos:
En Argente, se había programado con una empresa, como actividad para la semana cultural, durante el fin de semana, un taller de Primeros auxilios, que incluía uso de DEA. Por lo que la sesión preparada, se mantiene pendiente para principios de 2020, como actividad incluida ya, en la agenda comunitaria.
En Alfambra, Perales y Pancrudo, no se realizó la actividad por aforo insuficiente. Como se comentará en las conclusiones, tenemos una población muy envejecida, que si suele acudir a los talleres, pero que no podría hacerse cargo de unas maniobras de RCP, y la gente más joven, tiene horarios de trabajo que se solapan con nuestra jornada laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal, es que los niños adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para actuar ante una situación de emergencia, de forma didáctica, sencilla y divertida. Para poder ver el grado de cumplimiento, se plantearon dos indicadores:

-Número de niños que participan en el taller/ Número total de niños escolarizados

(Este indicador debería alcanzar al menos el 90%)

Alfambra: 28/28 ? 100%

Visiedo: 6/6 ? 100%

Camañas: 10/12 ? 83%

Argente: 7/8 ? 87%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

Perales: 8/8 ? 100%
Pancrudo: 11/11 ? 100%
Número de niños que participan en el taller/Número total de niños escolarizados: 70/73 --> 96 % de la población escolar
Tal y como se planteó en los objetivos, los talleres se han impartido a más del 90% de la población escolarizada en los pueblos pertenecientes a nuestra ZBS.

-Número de aciertos del test / Total de preguntas planteadas
(Este indicador debería ser superior al 80%)

Alfambra: 128/140= 0,91

Visiedo: 28/30= 0,93

Camañas: 47/50= 0,94

Argente: 35/35= 1

Perales: 39/40 = 0,97

Pancrudo: 50/55 = 0,91

Número de aciertos del test/ Total de preguntas planteadas: 327/350 --> 93%

Tal y como habíamos planteado para cumplir nuestro objetivo, el número de aciertos de los alumnos debía ser superior al 80%. En nuestro caso hemos conseguido un 93% de aciertos del test de evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de estos talleres fue satisfactoria por varios motivos, descubrimos unos jóvenes motivados e implicados, y obtuvimos buenos resultados tanto en la participación, como en el test de conocimientos. Por otra parte, no era novedoso para ellos, ya que desde la comarca ya habían realizado un taller similar. Nos planteamos desde el equipo, la falta de comunicación, con respecto a las intervenciones de ámbito sanitario que realiza la Comarca.

Por parte de los tutores y asociaciones de los pueblos, nos proponen continuar con la formación, y no solo incluir RCP, sino tratar temas como la alimentación, salud mental, salud sexual.... Desde el equipo nos planteamos mantener estos contactos dentro de la agenda comunitaria. De igual modo, nos plantean repetir los talleres para adultos con cierta periodicidad, a la vez, que se revisa que el desfibrilador, está en condiciones para su uso (aunque este mantenimiento debería estar proporcionado por la comarca, ya que son sus desfibriladores). El Centro de salud de Alfambra, constituyó la agenda comunitaria en Septiembre de 2019, y recoge las actividades que se realizan en su ZBS. El equipo de trabajo, se plantea la continuidad de este proyecto, como una actividad más de su agenda comunitaria.

Con respecto a la formación de los adultos, encontramos un problema con los horarios. Los horarios en los que los miembros del equipo pueden realizar la formación, suele coincidir con el horario laboral de la gente, por lo que disminuye la proporción de personas adultas que pueden asistir a los talleres. Nos solicitan que los cursos se impartan por las tardes o en fin de semana... El equipo se plantea cómo salvar este inconveniente, teniendo en cuenta, también, la dispersión geográfica de nuestra ZBS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/212 ===== ***

Nº de registro: 0212

Título
CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

Autores:
ESTEBAN PEREZ NURIA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, PEREZ VILLARROYA FRANCISCA, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL, VICARIA WITTIG GUSTAVO E, SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, VICENTE PEREZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y PARADA CARDIORESPIRATORIA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: CAPACITACIÓN DE LA POBLACIÓN

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La muerte súbita extrahospitalaria es un problema de salud pública de gran magnitud: en España se calcula que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

el 12% de las defunciones que se producen de forma natural son súbitas y, de éstas, el 88% son de origen cardíaco. Según el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP), se estima que en España 70.000 personas sufren cada año un infarto de miocardio y alrededor de 30.000 mueren por Parada Cardiorespiratoria (PCR) antes de llegar al hospital.

La supervivencia de los pacientes que sufren una PCR se ve favorecida por la realización de las acciones secuenciadas que conforman la cadena de supervivencia. En esta cadena, formada por cuatro eslabones, los dos primeros (reconocimiento precoz de la situación de PCR, activación del servicio de emergencias médicas a través del teléfono 112 e inicio inmediato de las maniobras de RCP básica), pueden ser realizados por testigos entrenados. Testigos, que según muestran los estudios, están presentes en aproximadamente el 80% de los casos, pero que sólo actúan en uno de cada cinco. Lo que quizá esos testigos que actúan no saben, es que haciéndolo triplican las posibilidades de supervivencia de la víctima.

En países donde la tasa de realización de RCP por testigos es alta, el porcentaje de supervivencia puede llegar al menos al 50%; en nuestro país donde en el 80% de las muertes súbitas presenciadas los testigos no realizan ninguna maniobra, no superamos el 10% de paradas cardíacas extra hospitalarias recuperadas.

Dado que el conocimiento en técnicas básicas de primeros auxilios forma parte del currículum escolar de Educación Primaria (R.D. 126/2014 de 28/02/2014) y que dentro de las competencias de práctica avanzada de la enfermera familiar y comunitaria está la de "Planificar desarrollar y evaluar programas de educación para la salud en la comunidad", creemos que la puesta en marcha de talleres dirigidos a los más pequeños en la escuela, pueden ser clave para conseguir generalizar la formación en primeros auxilios, comenzando desde los más pequeños.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son los niños y adolescentes que estudian en los diferentes colegios pertenecientes a la zona básica de salud del CS Alfambra y PAC de Pancrudo.

El objetivo principal, es que los niños adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para actuar ante una situación de emergencia, de forma didáctica, sencilla y divertida.

Los objetivos planteados son:

- Que los niños sean capaces de reconocer una situación de emergencia-parada cardiaca
- Que los niños conozcan el teléfono de emergencias y cómo usarlo
- Que los niños conozcan la cadena de supervivencia y sepan cómo ponerla en práctica
- Que los niños sean capaces de realizar maniobras de RCP
- Que los niños sepan cómo actuar ante atragantamientos
- Que los niños conozcan la actuación básica ante las emergencias más comunes.

MÉTODO

Entre todos los miembros del equipo se contactará con los colegios que hay en nuestra zona básica de salud (Camañas, Visiedo, Argente, Alfambra, Perales y Pancrudo) para determinar la cantidad de alumnos y las edades de los niños de los diferentes colegios, para poder adaptar mejor los talleres.

Se preparará un taller de 45 minutos para cada colegio, adaptado a las características de cada uno de ellos; en el que se abarcará de forma didáctica y divertida (mediante cuentos y canciones), las actuaciones básicas ante las emergencias más frecuentes y ante una parada cardiorespiratoria. Para el taller se utilizará una presentación multimedia con diapositivas, vídeos, y prácticas con peluches.

Para los docentes y aquellos adultos que quieran asistir, aprovechando que acaban de llegar DEAS a alguno de los pueblos, se preparará una sesión de unos 15 minutos para recordar el funcionamiento de éstos y un breve recordatorio de las maniobras de RCP (ya que el año pasado en esta zona de salud se realizó un taller intensivo de Capacitación de la población rural para la realización de maniobras de RCP).

Se realizarán los diferentes talleres en los colegios, y tras la realización se pasará un test a los alumnos para valorar la efectividad de la intervención.

INDICADORES

- Número de niños que participan en el taller/ Número total de niños escolarizados (Este indicador debería alcanzar al menos el 90%)
- Número de aciertos del test / Total de preguntas planteadas (Este indicador debería ser superior al 80%)

DURACIÓN

El contacto con los colegios y la preparación de los talleres se irán preparando a lo largo de los meses de Marzo y Abril.

Durante los meses de Mayo y Junio, y según la disposición de los profesores, los diferentes miembros del equipo del proyecto, realizarán los talleres en los diferentes colegios.

El mes de Septiembre, estará terminado el proyecto, con los resultados de los indicadores, que se habrán analizado durante el verano.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BÚSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLERA BUESO GUILLERMINA
YUSTE PLUMED MARIA PILAR
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
SORIANO SORLI FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto realizado en la ZBS de Aliaga, ha consistido en analizar a los diferentes pacientes con factor de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores buscando identificar daño orgánico asintomático (DOA) a través de los medios de los que disponemos en AP.
Las actividades desarrolladas se han ido realizando a lo largo de todo el año 2019. El 21 de Enero de 2019, el equipo se reunió y aprobó dicho proyecto, comenzando a partir del día siguiente a preparar y recopilar datos. El 2 de Diciembre del mismo año, se da por acabada la recopilación de datos y comenzamos su análisis.
Para ello, hemos revisado a todos los pacientes con FRCV de nuestra zona, usando los listados de OMI, hemos realizado una tabla donde se han incluido a todos los DM, HTA, DL y fumadores. Se han excluido a los mayores de 80 años, a los que han tenido algún evento cardiovascular o presentan ya daño orgánico establecido y a los que no viven ya en la zona, pero que aparecen en el listado. Se ha realizado una tabla excel con los siguientes datos: N. de Historia, edad, sexo, FRCV que presenta, FG, cociente albumina/ creatinina, ITB, EKG, RCV y observaciones. En el apartado observaciones hemos apuntado el perfil lipídico, las medidas realizadas con los pacientes y el control de lípidos tras unos meses de instaurar dichas medidas.
Para el cálculo de RCV hemos usado las tablas de Framingham y Score. La principal limitación en nuestro estudio es la edad, ya que Framingham abarca desde los 34 a los 74 y el Score desde los 35 a los 64. Por lo tanto, siempre que hemos podido usar el Score, ese ha sido el principal usado, si no, hemos pasado al Framingham. En los casos de edades extremas, que no entran en las tablas, se han tenido en cuenta los FRCV y su control, para considerar el tratamiento y las medidas de promoción de la salud. A los DM con mas de un FRCV se les ha considerado ya directamente de muy alto riesgo cardiovascular.
En el EkG, hemos utilizado los criterios de Skolow Lyon y los de Cornell para valorar si hay hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI).
Se han revisado uno por uno a todos los pacientes que han entrado en nuestro estudio. Los pacientes los hemos ido captando a medida que han venido a la consulta, algunos los hemos avisado cuando han ido a la consulta de enfermería, en ocasiones se les ha llamado por otras vías como telefónicamente.
Han colaborado en el proyecto todos los médicos de atención primaria y todos los enfermeros de atención primaria y dos enfermeros de atención continuada.

Acciones individuales Realizadas: A cada paciente que ha participado en el estudio, se le ha explicado a groso modo el proyecto y se le ha pedido consentimiento oral. Todos los participantes han estado de acuerdo y han mostrado su interés en el mismo.

Acciones de equipo: A nivel de equipo, tuvimos una primera reunión donde se aprobó el proyecto, el 21 de Enero de 2019, y todos los que desearon participar se apuntaron al mismo. En esta reunión se explicó como realizar la recogida de datos del proyecto para su posterior análisis.
El 04 /06/ 2019, la médico responsable del proyecto, dió una sesión clínica, a modo recordatorio, sobre FRCV y dislipemias.
Se tiene un contacto muy estrecho entre los participantes del grupo, en reuniones de equipo y por otras vías como telefónica y por email.

Como material para las actividades hemos usado el doppler para realizar los ITB, el aparato de EKG, Analíticas de laboratorio y OMI para los listados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han revisado en el C.S de Aliaga a 153 pacientes, de los consultorios que pertenecen a Camarillas 41 pacientes y 27 de los consultorios de Mezquita, que dan un total de 221 pacientes.
De ellos se han excluido 81 con lo cual nos han quedado un total de 140 pacientes.
Por sexos han entrado en el estudio 82 hombres y 58 mujeres.

De estos presentaban un solo FRCV 44 hombres y 39 mujeres
Tenían dos FRCV 27 hombres y 15 mujeres
Tres FRCV 7 hombres y 4 mujeres
4 FRCV 4 hombres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

Tras realizar las analíticas, ITB y EKG vemos que con DOA tenemos un total de 12, de los cuales tenemos los siguientes datos:

Pacientes varones con DOA 9 y 3 mujeres.

De los varones presentan daño renal 7 y uno presenta daño renal y enfermedad arterial periférica (alteración itb) Otro presenta enfermedad arterial periférica.

En cuanto a las mujeres una presenta daño renal e Hipertrofia del Ventrículo Izdo, otra presenta enfermedad arterial periférica y otra HVI.

A todos los pacientes con DOA, se les trató como pacientes de alto riesgo y se les abrió un episodio en OMI, indicando el daño encontrado. A todos se les hizo una vigilancia más estrecha de todos los FRCV y se intensificaron las medidas terapéuticas, pautándose estatinas a los que no las tomaban. A aquellos que presentaron daño renal llevaron un control más estricto de la T. A. A los que presentaron enfermedad arterial periférica, se les puso tratamiento con estatinas de alta potencia, adiro 100 y se les derivó a la consulta de cirugía.

Indicadores y Evaluación:

1. Porcentaje de pacientes con DAO entre todos los estudiados. 8,5%
2. Porcentaje de pacientes con DAO con mas de un FRCV: 83 %
3. Porcentaje de pacientes con DAO entre los DM: 58%
4. Porcentaje de pacientes con DAO entre los HTA: 91 %
5. Porcentaje de pacientes con DAO entre los Dislipemicos: 58 %
6. Porcentaje de pacientes con DAO entre los fumadores. 8%
7. Porcentaje de pacientes que se han beneficiado del estudio: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los que presentan DOA tienen más de un FRCV, menos una mujer que es HTA y se le ha diagnosticado por presentar criterios de HVI en el EKG.

Los pacientes con DOA detectados, han sido fundamentalmente a través de la función renal 66%. Un 16 % a través del ITB y un 8% por el EKG.

Por sexos los hombres con DOA representan el 75 % de los casos.

En cuanto al FRCV más relacionado con el DOA en nuestra muestra es la HTA, ya que el 91 % de los pacientes con DOA son hipertensos, es cierto que la mayoría además eran dislipémicos o diabéticos.

Durante el estudio, hemos estado vigilando sobre todo los lípidos de todos nuestros pacientes, fijándonos en su RCV y en función del mismo hemos actuado. En aquellos pacientes con lípidos en límites normales y un solo FRCV se han realizado actividades de promoción de salud, aconsejando ejercicio físico, disminución de peso y se les ha dado un folleto sobre alimentación a seguir. Aquellos con necesidades terapéuticas, se les ha puesto tratamiento de distinta intensidad, en función de su RCV, a los de muy alto RCV, que no cumplían objetivos, se les puso tratamiento intensivo y se les realizó de nuevo analítica a las 6 semanas. La mayoría de ellos han conseguido mejorar su perfil lipídico aunque no todos han conseguido los objetivos marcados en las guías.

En cuanto al tabaco, tenemos fumadores entre los más jóvenes sin ningún otro FRCV, dentro de este grupo es donde más perdidas hemos tenido, están menos preocupados por su salud, y en general acuden menos a la consulta y en muchas ocasiones no han venido a repetir analíticas o directamente no han acudido a su cita. Aun así, con todos hemos realizado intervención para dejar de fumar y hemos conseguido que un 8 % deje de fumar. Llama la atención que es más frecuente presentar un solo FRCV y que es el tabaco el más frecuente, seguido de HTA, aunque el DOA es mas frecuente entre los hipertensos, quizá porque solo son fumadores sin mas FRCV los mas jóvenes.

En cuanto a otro punto llamativo es que es más frecuente encontrar más de 3 o 4 FRCV entre los hombres.

Hemos encontrado en numerosas ocasiones obesidad añadida a los FRCV estudiados, en estos casos también hemos hecho hincapié en la dieta y ejercicio como medida para mejorar el RCV y el peso.

Durante el estudio hemos tenido un paciente que presentó DOA con afectación del ITB, que se le derivó a cirugía y se puso inmediatamente tratamiento, pero que a la semana de su diagnóstico presentó un IAM.

No ha habido más eventos a lo largo de este año, entre los diagnosticados de DOA. A todos se les ha iniciado medidas intensivas en cuanto a los lípidos, control de tensión, dieta y peso, considerándose en ese momento como pacientes de muy alto riesgo, independientemente del RCV previo, y se se han establecido objetivos de control mucho más estrictos.

Consideramos que todos nuestros pacientes se han beneficiado del proyecto, ya que a todos se les ha realizado un control exhaustivo y se les ha tratado en función de su RCV.

En resumen, consideramos este estudio muy importante, nos ha ayudado a establecer, dentro de los profesionales de equipo, una visión global de todos los FRCV, relacionarlos entre sí, y así realizar un control mucho más exhaustivo a toda nuestra población. Hemos aprendido a manejar mucho mejor a estos pacientes, muchos asintomáticos y hemos concienciado una parte importante de la población sobre su propio riesgo cardiovascular. Resulta de crucial importancia, utilizar todos los medios al alcance de AP para detectar de forma precoz la presencia de lesión renal o cardíaca, gracias a la cual, mejoramos la atención a nuestros pacientes y así también mejoramos su pronóstico, disminuyendo o evitando futuros eventos cardiovasculares.

En este estudio hemos tenido especial atención el control de los lípidos y el tabaco, pero también se han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

podido establecer limites mas estrictos en aquellos hipertensos que han pasado de tener un riesgo leve- moderado a muy alto, tras la aparición de la presencia de DOA.

Todos aquellos con dislipemia, se han beneficiado de un tratamiento mucho más personalizado, dependiendo de su RCV y sus FRCV.

La población se ha sentido muy satisfecha, por la revisión tanto analítica, EKG e ITB realizadas, nos lo ha hecho saber en diferentes ocasiones y en general se ha mostrado muy colaboradora.

En cuanto a nuestro equipo, este análisis, nos ha ayudado además a mejorar el indicador de RCV y en cuanto al indicador de Riesgo de pie diabético, hemos consiguiendo a fecha de 31/12/2019, una cobertura del 100%.

Personalmente, este proyecto me ha gustado mucho, ha sido intenso en cuanto a su realización, pero muy satisfactorio. Me ha ayudado en la práctica clínica diaria, consiguiendo una actuación más personalizada para cada paciente, mejorando mis conocimientos y mis hábitos terapéuticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/64 ===== ***

Nº de registro: 0064

Título
ESTUDIO DE LOS FRCV EN LA ZBS DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGANICO ASINTOMATICO

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados. El Riesgo Cardiovascular es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un periodo de tiempo. Engloba la cardiopatía coronaria, la aterosclerosis aórtica, el ACV, la enfermedad renal crónica y la arteriopatía periférica.
Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son condicionantes endógenos o exógenos que aumentan la probabilidad de morir por una ECV. Los más importantes son el tabaco, la HTA, la dislipemia y la DM, que son considerados como factores de riesgo (FR) mayores.
El daño orgánico es el resultado de un proceso continuo, es una etapa intermedia, donde los síntomas y los signos son prácticamente inaparentes.
Detectar el daño en los órganos diana, en etapas subclínicas, y actuar en consecuencia, ayuda a disminuir la mortalidad secundaria de estas enfermedades y brindar una mayor calidad de vida.
Podemos encontrar pacientes con FRCV que ya presentan un daño orgánico asintomático (DOA), que de no detectar o actuar puede evolucionar a una ECV establecida. Podemos conocer dicho daño midiendo distintos parámetros:
-Presión pulso en ancianos mayor o igual a 60.
- EKG: signos de HVI
-Ecocordio: HVE con índice de masa ventricular izda mayor de 115 en hombres y mayor de 95 en mujeres.
-Engrosamiento de pared carotídea mayor de 0.9, o ver placa de aterosclerosis.
-Velocidad onda pulso carotídeo femoral mayor de 10
- ITB: menor de 0.9 (índice tobillo brazo)
-FG estimado entre 30-60 ml/minuto /1.73 m por CKD.
-Microalbuminuria (30-300 mg / 24 h o cociente albumina/creatinina (30-300 mg /g en muestra matutina).
En AP, podemos detectar DOA, a través de una analítica, buscando microalbuminuria, filtrado glomerular (FG), realizando EKG y midiendo el ITB.
La enfermedad arterial periférica es una manifestación de arteriosclerosis sistémica. A través del ITB podemos diagnosticar pacientes asintomáticos. Un ITB <0.9 se asocia a una tasa de mortalidad a 10 años y complicaciones coronarias graves dos veces mayor que las tasas generales de cada una de las categorías del Framingham.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

Según la Guía Nice y la ESH/ESC, los pacientes, menores de 81 años, con daño en órgano diana, deberían iniciar tto antihipertensivo ya en un estadio I. En estos casos se consideran de alto RCV. En función del RCV, los límites de colesterol LDL permitidos varían, si el RCV es muy alto, alto, moderado o leve.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto, intentaremos identificar, entre los pacientes con FRCV mayores, si presentan daño orgánico asintomático, a través de los medios de AP.

Se revisará el RCV de los pacientes y en función del mismo, revisar el tto que presenta e intensificar las medidas, según recomienden las últimas guías clínicas. Con ello repasaremos todos nuestros pacientes y veremos si hacemos un correcto tto.

Población Diana.

Pacientes con HTA, Fumadores, DM, dislipemia, sin enfermedad cardiovascular establecida, a partir de entre 40-80 años de edad, de la ZBS de Aliaga.

MÉTODO

Se revisarán todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular de la ZBS que estén en la cartera de servicios incluyéndolos en una tabla, con el N. Historia, Edad, FRCV, microalbuminuria, ITB, FG, EKG y RCV. Quedan excluidos los mayores de 80 años y los que hayan presentado algún evento cardiovascular. A aquellos con parámetros que nos indiquen la presencia de daño orgánico asintomático, se les pautará medidas de control de peso, de HTA, de glucemias y abandono tabaquico, así como tratamiento intensivo para la dislipemia.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes con DOA entre todos los estudiados
2. Porcentaje de pacientes con DOA con más de un FRCV.
3. Porcentaje de pacientes con DOA entre los DM.
4. Porcentaje de pacientes con DOA entre los HTA.
5. Porcentaje de pacientes con DOA entre los DL.
6. Porcentaje de pacientes con DOA entre los fumadores.
7. Porcentaje de pacientes que se han beneficiado de nuestro estudio

Evaluaremos como de controlados se encuentran nuestros pacientes, en cuanto a sus FRCV, actuando en cada caso particular, tanto sobre los estilos de vida como a nivel farmacológico si lo necesitan, mejorando así la calidad de vida e intentando disminuir posibles eventos cardiovasculares futuros.

DURACIÓN

La actividad se realizará a lo largo del año 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA ORTIZ DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
LLERA BUESO GUILLERMINA
YUSTE PLUMED MARIA PILAR
GUILLEN GASCON SONIA
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
PEREZ LLERA MARCOS
MORA LILLO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De Enero a Junio de 2019 se han impartido las clases de Yoga, la encargada de ello ha sido Olga Mora Lillo (maestra en el Centro de Educación de Personas Adultas). Con el fin de que la mayoría de la población de la zona tuviese acceso a estas clases, se programaron en diferentes poblaciones, días de la semana y horario: en Hinojosa de Jarque los martes a las 16:30h, en Cuevas de Almudén los martes a las 18:00h, en Aliaga los miércoles a las 19:30 y en Jarque de la Val los jueves a las 18h.

El día 22 de Marzo se realizaron las actividades en colaboración con el CRA Pablo Antonio Crespo de Aliaga, coincidiendo con una jornada de convivencia de los niños de todos los municipios pertenecientes al CRA. Se hicieron 2 talleres dividiendo a los alumnos por grupos de edad, por un lado los niños entre 3 y 6 años disfrutaron de un taller de primeros auxilios (RCP básica y OVACE) impartido por Laura Ortiz (Médica de Atención Primaria) y Guillermina Llera (Enfermera de Atención Primaria) y por otro lado a los niños de 6 a 12 años se les impartió un taller de "Higiene de manos" a cargo de Eva M^a Sánchez (Médica de Atención Primaria) y Sonia Guillén (Enfermera de Atención Continuada).

El día 11 de Abril de 2019 a las 16:00h se llevó a cabo una charla sobre "Uso y abuso de antibióticos", impartida por Laura Ortiz (Médica de Atención Primaria), intentado concienciar a la población de la importancia de un uso adecuado de los antibióticos y los riesgos que estamos asumiendo y empezamos a observar al no hacerlo. El taller estaba dirigido a toda la población de nuestra Zona Básica de Salud que estuviese interesada en el tema, se informó a través de carteles en edificios municipales y en los consultorios. Como creíamos que era un taller especialmente interesante para los padres y madres, hablamos con la directora del CRA (Elvira Aguilar) para que a cada niño se le diese una nota informativa referente al taller (horario, lugar de realización, tema a tratar...) que debían entregar en casa. El número de asistentes fue de 36 personas.

El 29 de Abril a las 17:00h se desarrolló un taller sobre "Higiene de manos" para población adulta, impartido por Eva M^a Sánchez (Médica de Atención Primaria) y Guillermina Llera (Enfermera de Atención Primaria), destacando la importancia de hacerlo y sobre todo hacerlo bien, explicando la técnica y llevando a cabo una actividad práctica.

El día 27 de Mayo a las 17:00h, se llevó a cabo el taller "Falsos mitos de la menopausia", impartido por Eva M^a Sánchez (Médica de Atención Primaria) y Guillermina Llera (Enfermera de Atención Primaria). Estaba dirigido a mujeres menopáusicas y premenopáusicas con el fin de explicar de una forma comprensible para la población los síntomas propios de esta fase, su manejo y tratamiento, resolver las dudas que las asistentes planteaban y compartir experiencias intentando dar un enfoque más dinámico y participativo.

Otra de las actividades organizadas dentro del proyecto fueron los talleres de "Alimentación saludable" impartido por Laura Ortiz (Médica de Atención Primaria) y M^a Pilar Yuste (Médica de Atención Primaria) y "Actividad física en edad adulta", impartido por Marcos Perez Llera (graduado en Actividad física, deportiva y Ciencias de la salud), centrado principalmente en ejercicios recomendados en pacientes con osteoporosis o riesgo de padecerla. Se llevaron a cabo el día 13 de Junio a las 16:00h con una duración aproximada de 1h y 30 minutos. El número de asistentes fue de 48, siendo sobre todo población de entre 40-80 años de edad de los municipios de la Zona básica de Salud.

El día 20 de Junio a las 17:00h, se llevó a cabo una marcha senderista partiendo desde Aliaga en dirección al barrio de Santa Barbara y de nuevo regreso a Aliaga, se planteó como actividad de fin de curso de la Escuela de Educación de personas Adultas con el fin de fomentar la actividad física a la vez que disfrutamos del Medio Ambiente y aprendemos a respetarlo. Después de la marcha se organizó una merienda saludable para todos los asistentes.

Las clases de Yoga se han llevado a cabo en locales pertenecientes al Ayuntamiento de cada uno de los municipios y cada uno de los asistentes llevaba el material necesario que consistía en una esterilla y ropa adecuada.

Para los talleres impartidos, nos han cedido el Salón de Actos del Ayuntamiento, donde disponemos de proyector, pantalla y micrófonos ya que los participantes en el proyecto han preparado presentaciones de Power Point como apoyo visual. Los talleres para niños se llevaron a cabo en las instalaciones del CRA Pablo Antonio Crespo de Aliaga donde también disponíamos de proyector y pantalla. Además para el taller de RCP y OVACE los niños debían traer un muñeco de casa para poner en práctica las nociones básicas transmitidas y para el de Higiene de manos contamos con la colaboración del Laboratorio Hartmann que nos facilitó el material necesario (lámpara y Sterillium) para su realización.

Las actividades se han llevado a cabo de Enero a Junio de 2019, ya que al ser un proyecto planteado en colaboración con la Escuela de Educación de Personas Adultas y el CRA Pablo Antonio Crespo lo ideal era que se hicieran de forma previa a la finalización del curso escolar y además desconocíamos si los equipos docentes se mantendrían a partir del mes de Septiembre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

El equipo sanitario del Centro de Salud de Aliaga realiza reuniones cada 15-30 días en las que, además de otros temas, se abordan cuestiones relacionadas con los proyectos de mejora de calidad. Con Olga Mora Lillo, mantuvimos una reunión en Diciembre de 2018 para darle forma al proyecto y concretar las actividades que lo compondrían y posteriormente cada 2 meses, manteniendo contacto telefónico para cualquier cuestión que surgiera. En Febrero, nos reunimos con la directora del CRA para concretar los temas de los talleres, material necesario y calendario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de participación en las clases de yoga ha sido muy aceptable, teniendo en cuenta la demografía de la zona. En Aliaga asistían unas 15 personas, en Cuevas de Almudén 8, y en Hinojosa y Jarque unas 6 personas. La relación de asistentes por sexos era de 5 mujeres por cada hombre. El grado de satisfacción del alumnado era alto y que durante este curso escolar 2019-2020 es una actividad que se está desarrollando nuevamente a petición de la población.

A las asistentes al taller de "Falsos mitos de la Menopausia", que fueron 16, se distribuyó una encuesta de satisfacción para rellenar tras la actividad. Debían dar una puntuación de 1 (no satisfecha) a 10 (muy satisfecha) a los siguientes ítems.

1. La actividad me ha gustado: Un 81,25% lo puntuaron con un 10 y un 18,75% con un 9.
2. Material utilizado: Un 56,25% lo puntuaron con un 8, un 37,5% lo puntuaron con un 10 y un 6,25% con un 9.
3. Los ponentes explican con claridad: Un 100% lo puntuaron con un 10.
4. Los ponentes fomentan la participación: Un 75% lo puntuaron con 10, un 18,75% con un 9 y un 6,25% con un 8.
5. He adquirido conocimientos útiles: Un 68,75% lo puntuaron con un 10, un 25% con un 9 y un 6,25% con un 8.
6. Me gustaría que se hicieran más talleres de este tipo: Un 87,5% lo puntuaron con un 10 y un 12,5% lo puntuaron con un 9.
7. Si tiene alguna observación o interés en algún taller en particular háganoslo saber: Una persona comentó que el taller fue muy interesante. Dos personas nos mostraron interés en un taller sobre alimentación. La misma encuesta se distribuyó entre los asistentes al taller de "Higiene de manos", siendo estos 10, con los siguientes resultados: el ítem número 1 y 2 fue puntuado con 10 por el 80% de los asistentes y 8 con el 20%. El ítem 3, 4 y 5 fue puntuado con un 10 por el 80% y con un 9 por el 20% y el número 6 con un 10 por el 90% y un 8 por el 10%. Una persona respondió al ítem 7 interesándose por cualquier otro taller y en particular sobre memoria. El taller de "Alimentación saludable" y "Ejercicio físico en la edad adulta" se llevó a cabo en respuesta a las sugerencias de la población, que incluso se habían dado a conocer en alguna reunión del Consejo de Salud, por lo que la gente mostró su satisfacción y agradecimiento.

La valoración de los resultados de los talleres realizados en el colegio siempre se lleva a cabo por observación directa del personal docente que valoran modificación de hábitos y adquisición de conocimientos ya que todo ello se trabaja también en las clases. Nos transmiten que los niños tienen más en cuenta la higiene de manos antes del almuerzo, por ejemplo, y tienden a hacerla de una forma más exhaustiva. También valoran de forma positiva que los niños conocen que ante una emergencia hay que llamar al 112 o han preguntado en sus casas cual es su dirección. Hemos observado que el nivel de aprovechamiento de los servicios es mucho mayor en el sexo femenino con una relación de 4-5:1 en las diferentes actividades.

En cuanto al indicador de "Diferencia de hábitos alimentarios entre ambos sexos", llama la atención que en general el sexo femenino realiza una dieta más equilibrada, pero nuestra población tiene tendencia a la obesidad con un 50,5% con IMC 25-30 (siendo mujeres un 55,3% y varones un 44,7%) y un 36,5% con IMC > 30 (mujeres 55,8% y varones 44,2%) y como puede observarse ésta es más prevalente en mujeres. Habría que buscar el motivo pero probablemente esté en relación con una menor actividad física aunque sería un dato a analizar en profundidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, el equipo está muy satisfecho del trabajo realizado, se han podido llevar a cabo diferentes actividades comunitarias, dirigidas a diversos grupos de población, con una gran respuesta y aceptación de cada una de ellas y con el interés de la población en que se sigan realizando.

El proyecto se lleva a cabo con escasos recursos de fácil acceso y además contamos con el apoyo de entidades públicas de la zona, lo que hace de éste un proyecto sostenible y con gran posibilidad de replicación. Dado que nuestro centro se encuentra en una zona rural es muy fácil mantener una comunicación fluida con nuestros pacientes, por lo que conocemos sus inquietudes y podemos ofertar actividades en respuesta a sus sugerencias. En general hemos cumplido con los objetivos planteados al inicio de este proyecto, incluso finalmente se han llevado a cabo más actividades de las que en un principio se plantearon. Podemos destacar un aspecto que ha quedado pendiente y es la evaluación de uno de los indicadores que propusimos: "Descenso en el número de consultas por temas fisiológicos y emocionales relacionados con la menopausia", ya que nos ha resultado imposible plantear una forma adecuada de registro y análisis, así como obtener un valor de referencia para contrastarlos.

Por último, destacar que todas estas actividades y muchas otras están recogidas en la Agenda Comunitaria del Centro de Salud de Aliaga que figura dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón desde el mes de Septiembre de 2019. Se ha llevado a cabo para dar visibilidad a la implicación tanto de la población de la zona como de todo el equipo sanitario del Centro de Salud en temas de atención comunitaria y promoción de la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/416 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

Nº de registro: 0416

Título
BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

Autores:
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LLERA BUESO GUILLERMINA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, PEREZ LLERA MARCOS, MORA LILLO OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención comunitaria: control emociones, menopausia...
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tanto el personal sanitario del centro de salud como la maestra de Educación de Adultos del centro de Aliaga, hemos observado determinados problemas, dudas o preocupaciones que afectan a nuestra población y nos hemos planteado desarrollar actividades de forma conjunta, basándonos en las motivaciones de la gente, con el fin de dotarles de las herramientas necesarias para su control. Debido a que abarcamos una población tan variada en lo que a inquietudes se refiere, hemos de plantear actividades muy diversas. Las diferentes situaciones sobre las que queremos actuar se detallan a continuación:

1. Carencia de conocimientos en relación con los trastornos fisiológicos asociados a la menopausia.
2. Dificultad a la hora de controlar las emociones y carencia de habilidades para su resolución.
3. Tendencia al sedentarismo que unido a una alimentación inadecuada se asocia con sobrepeso y obesidad, hemos observado entre nuestros pacientes una prevalencia importante de sobrepeso.
4. Nos encontramos en un entorno con inviernos duros, tendencia a la despoblación... se debe fomentar la oferta de actividades que consigan que nuestros pacientes se relacionen, eviten la soledad y tengan una vida más activa.

RESULTADOS ESPERADOS
Los receptores serán adultos de ambos sexos mayores de 16 años y alumnos de la Escuela de Adultos de la zona.
OBJETIVOS:

Reducir el estrés en la población y lograr un adecuado equilibrio emocional sin intervención farmacológica
Eliminar los falsos mitos creados en torno a la menopausia
Promover la actividad física y el respeto al Medio Ambiente
Conocimiento de la dieta Mediterránea y su aplicación en la alimentación diaria
Promover vida activa evitando el sedentarismo

MÉTODO
Talleres de yoga 1 día a la semana en las diferentes poblaciones de la zona impartido por maestra de adultos.
Excursiones por diferentes entornos de la zona en el último trimestre del curso.
Taller de alimentación saludable a cargo del equipo sanitario del Centro de Salud en el tercer trimestre del curso.
Mesa Redonda: "Falsos mitos de la Menopausia", llevada a cabo por equipo sanitario del Centro de Salud.
Ejercicios destinados a la prevención de osteoporosis y sus consecuencias impartidos por un graduado en Actividad Física, Deportiva y Ciencias de la Salud.

INDICADORES
Evaluación inicial mediante encuesta para valorar los conocimientos previos y expectativas en lo que a alimentación, control de emociones, menopausia y actividad física se refiere.
Encuesta final para evaluar resultados.
Diferencias en hábitos alimentarios entre ambos sexos.
Nivel de aprovechamiento de los servicios por sexo.
Descenso en el número de consultas por temas fisiológicos y emocionales relacionados con la menopausia.

DURACIÓN
De Enero a Diciembre de 2019.
Reunión del equipo sanitario 1 vez al mes.
Reunión con maestra de adultos cada 2 meses.
Taller de Alimentación saludable en el mes de Abril.
Mesa redonda: "Falsos mitos de la Menopausia" en el mes de Junio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

OBSERVACIONES

Se contará con el apoyo de la maestra de educación de adultos, personal sanitario y graduado en Actividad física, deportiva y Ciencias de la salud.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION TERRADO SERRANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORBATON HERRERO JOSEFINA
OLORIZ RUIZ INES
RUBIO GUTIERREZ ISABEL
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 1 de marzo la responsable del proyecto se puso en contacto telefónico con la Dirección del colegio para concretar la fecha de realización del taller.
Siendo el calendario previsto en el proyecto para la preparación y realización del taller de marzo a junio y el final de curso resulta complicado para los escolares y profesores, se acordó como fecha adecuada el día 25 de abril.

Durante el mes de marzo y primera mitad del mes de abril el equipo de mejora realizó diversas reuniones de trabajo:

Día 5 de marzo. Se plantean ideas sobre los contenidos a tratar y el material a elaborar, teniendo en cuenta la edad de los niños.

Día 12 de marzo. Tras estudiar los diferentes planteamientos se decide elaborar una presentación power-point y también buscar algún video en la web.

Reparto de tareas entre los miembros del equipo.

Día 19 de marzo. Sesión para diseñar el cuestionario/ test de valoración de conocimientos y de la encuesta de satisfacción necesarios para evaluar los resultados alcanzados con el taller.

Día 26 de marzo. Se reúne el Equipo con el fin de comentar el avance de los materiales, dificultades encontradas y búsqueda de soluciones.

Día 2 de abril. Puesta en común de los materiales elaborados.

Se proyecta el video "RCP desde mi cole: cancion de la reanimación". Visualización también de la presentación de diapositivas para hacer puntualizaciones a corregir.

Día 9 de abril. Última revisión de los audiovisuales y de las hojas de encuestas.

Finalmente los materiales elaborados para la realización del taller son:

Presentación en power-point con el título: "Aprendiendo primeros auxilios" de 19 diapositivas en total, de colores vistosos y con más imágenes que texto para que resulte entretenido y a su vez fácil de memorizar. Los contenidos educativos describen de forma sencilla y concreta una situación de contusión, herida, epistaxis y quemadura, explicando lo que es, signos y síntomas y los cuidados inmediatos en cada caso. Además también trata la forma de identificar y actuar ante una emergencia vital con una persona inconsciente (teléfono de emergencias 112, posición lateral de seguridad y RCP básica) además de la actuación ante una situación de atragantamiento (Maniobra de Heimlich).

Cuestionario de adquisición de conocimientos que consta de 5 preguntas tipo test con tres posibles respuestas. Se utilizará el mismo cuestionario para la encuesta previa (antes de comenzar el taller) y para la encuesta final con el objeto de poder evaluar los resultados obtenidos.

Encuesta de satisfacción simple, 3 preguntas con 3 posibles respuestas (poco/ bastante/ mucho).

El día 10 de abril nos pusimos nuevamente en contacto con el colegio para avisarles de que cada niño llevara un muñeco de peluche para la parte práctica del taller.

El jueves 25 de abril a las 09:00 h. se realizó la sesión/ taller en el colegio de Bágüena con una duración aproximada de 1h. y asistiendo todos los alumnos.

Desarrollo del taller:

1.- Cuestionario/test inicial de conocimientos.

2.- Proyección del power -point. Duración aproximada 35 minutos.

3.- Video RCP y práctica con los muñecos de peluche. Duración aproximada de unos 25 minutos.

4.- Cuestionario final de conocimientos y encuesta de satisfacción.

Con estas actividades se cumplió con el calendario marcado para el primer semestre del año.

El día 22 de octubre volvió a reunirse el Equipo para retomar el proyecto, evaluar resultados y elaborar la Memoria final. Y nos surgió la duda ¿Qué conocimientos recordarán los escolares cuando han pasado 6 meses tras la realización del taller?

El día 7 de noviembre, previo contacto con el director del centro educativo, acudimos al colegio para pasar de nuevo a los alumnos la encuesta de conocimientos con el objetivo de valorar la información que recuerdan y nos reunimos el día 12 de noviembre para analizar todas las encuestas realizadas. En base a los resultados obtenidos decidimos realizar una intervención recordatoria con los alumnos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

Material elaborado para la sesión recordatoria: 4 folios con imágenes para colorear, que muestran de forma clara la actuación en un primer momento ante una situación de contusión, herida, quemadura, epistaxis, atragantamiento y persona inconsciente.

El jueves 5 de diciembre, previo acuerdo con el director del colegio, acudimos al mismo y realizamos la sesión: duración aproximada de 30 minutos. Con ayuda de fichas para colorear fuimos describiendo las imágenes y refrescando así los conceptos. Se entregó un ejemplar de fichas a cada alumno con el fin de que las fuesen coloreando y trabajando en sus ratos libres. Finalmente se realizaron dos sesiones de trabajo del equipo de mejora, los días 12 y 17 de diciembre, para elaborar la memoria final del proyecto. Para el desarrollo del proyecto los recursos empleados han sido material audiovisual y de oficina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1er indicador: niños participantes/total niños del colegio=100%.

2º indicador: test previo antes de iniciar la sesión y test final para valorar los conocimientos adquiridos. Los resultados se han obtenido en base a las encuestas realizadas a los alumnos del colegio. Se les hicieron 5 preguntas sencillas, adaptadas a la edad de los escolares:

Pregunta 1: si te haces una herida que sangra ¿qué harías?.

Pregunta 2: actuación ante una quemadura.

Pregunta 3: si le sangra la nariz a un compañero ¿qué harías?.

Pregunta 4: si te encuentras a una persona inconsciente, que no responde, ¿a qué teléfono de urgencias llamarías?.

Pregunta 5: si ves a un amigo que se está atragantando y está tosiendo, ¿qué harías?.

Cada pregunta tenía tres opciones de respuesta, de las cuales solo una era válida.

Se realizó una primera vez previa a la realización del taller con los siguientes resultados:

P1(pregunta 1): 28,5% de aciertos; P2: 57,2% de aciertos; P3: 14,3% de aciertos; P4: 57,2% de aciertos; P5: 0% de aciertos.

Se volvió a pasar la encuesta después de la realización del taller. Los resultados fueron(aciertos): P1: 100%; P2:71,5%; P3: 100%; P4:100%; P5: 100%.

Vemos que en casi todas las preguntas se obtuvo el 100% de respuestas correctas tras la realización del taller educativo.

El porcentaje de mejora entre las encuestas pre y post taller fue: P1: 71,50%; P2:14,30%; P3: 85,70%; P4:42,80%; P5: 100%.

Como podemos observar, hay un alto porcentaje de mejora en los aciertos de todas las preguntas. En P2 y P4 el porcentaje es inferior al 50%, pero hay que observar que partíamos de un porcentaje de aciertos>50% en la encuesta previa al taller.

Volvimos a realizar la misma encuesta a los 7 meses del taller, para valorar los conocimientos que permanecían en los niños. Obtuvimos los siguientes porcentajes de respuestas acertadas: P1: 50%; P2: 50%; P3: 25%;P4: 25%; P5: 50%.

En todas las preguntas hay peores resultados que en la encuesta que se hizo posterior al taller, desde un 21,5% hasta un 75% de empeoramiento, pero en tres de las cinco preguntas, a pesar del tiempo transcurrido, los porcentajes de aciertos eran superiores a la encuesta realizada previa al taller.

3er indicador: Encuesta de satisfacción(realizada mediante tres preguntas tipo test al final del taller):

Pregunta 1: la charla te ha gustado...

poco: 0%; bastante: 28,5%; mucho: 71,5%.

Pregunta 2: ¿crees que has aprendido cosas que no sabías?

Pocas: 14,3%; bastantes: 28,5%; muchas:57,2%.

Pregunta 3:¿te gustaría que volviéramos para impartir otra charla/taller para aprender cosas nuevas?

Si:100%; no: 0%.

Consideramos que se han obtenido unos resultados muy favorables en la encuesta de satisfacción. Los parámetros mas favorables ("mucho", "muchas" y "si"), están por encima de un 55%. Y si añadimos el parámetro "bastante", en las tres respuestas se supera el 75%.

Un fallo en el proyecto fue no reflejar el standar para los indicadores, aunque habíamos pactado que fuese un 50%. Este porcentaje ha sido superado en el primer y tercer indicador.

En el segundo indicador se ha superado en tres de las cinco preguntas, justificado, como hemos comentado antes, por los buenos resultados ya en el test previo en esas dos preguntas. De todos modos, si hiciéramos la media de los porcentajes de mejora de las 5 preguntas pre y post taller, obtenemos un dato que también superaría el 50% (62,86%).

Basándonos en estos indicadores, consideramos que el impacto del proyecto es alto, porque hemos conseguido una alta participación de los alumnos, hemos conseguido los objetivos marcados en el proyecto, consiguiendo buenos resultados con recursos de bajo coste, demostrando que para ser sostenible en el tiempo precisa de su repetición de manera periódica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones que obtenemos son:

-Objetivamos un aprendizaje claro por parte de los alumnos tras la realización del taller.

-Con el paso del tiempo se evidencia una pérdida de conocimientos, por lo que es recomendable la realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

de tareas educativas de manera periódica.

-A pesar de esa pérdida de conocimientos, estos son superiores a los que tendrían si no se realizase ninguna tarea educativa.

Valoramos de una manera positiva el proyecto, ya que estamos convencidos de la importancia de implantar en los colegios talleres de este tipo sobre primeros auxilios. Debemos fomentar la autonomía de los niños ante una situación de urgencia, instruyéndolos adecuadamente con conocimientos básicos, ya que pueden ser, en ocasiones, el único salvavidas ante una situación de urgencia, como hemos comprobado en numerosas noticias.

Con el material desarrollado se puede realizar y evaluar este taller en cualquier otro centro educativo sin olvidar realizar revisiones periódicas para actualizar la materia.

7. OBSERVACIONES.

Queda demostrado que los conocimientos se van perdiendo con el tiempo, por lo que consideramos que lo ideal sería repetir este taller con periodicidad anual.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/381 ===== ***

Nº de registro: 0381

Título
TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
TERRANO SERRANO MARIA ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, OLORIZ RUIZ INES, RUBIO GUTIERREZ ISABEL, DE LA PAZ FIGUEROA LEONEL, BERNAL ASENSIO ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Dirección del Colegio de Báguena perteneciente al CRA El Poyo del Cid se nos solicitó la posibilidad de dar formación a los niños sobre la actuación de primeros auxilios frente a situaciones de accidentes y urgencia más habituales que puedan surgirles.
Dada la gran capacidad de aprendizaje en estas edades, la importancia del tema y el interés mostrado por el centro educativo queremos aprovechar la oportunidad y consideramos importante la realización de este proyecto incluyéndolo en el ámbito de actividades de educación comunitaria de nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los alumnos del colegio de Báguena adquieran conocimientos y habilidades para actuar en un primer momento ante una situación de contusión, herida, epistaxis y quemadura.
Aprender a identificar una emergencia vital.
Conocer el teléfono de emergencias 112 y cómo utilizarlo.
Conocer la Posición Lateral de Seguridad y saber como actuar ante una situación de atragantamiento.

MÉTODO
En primer lugar se contactará con el centro escolar para concretar la fecha de realización del taller.
Preparación del temario y del material necesario para la actividad: medios audiovisuales, plantillas para colorear. Los alumnos traerán un muñeco o peluche para poder practicar.
Preparación del test de valoración previo al inicio del taller y final así como elaboración de una encuesta de satisfacción.

INDICADORES
Niños participantes / total de niños del colegio.
Test previo antes de iniciar la sesión y test final para valorar los conocimientos adquiridos.
Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

De Marzo a Junio de 2019 - Preparación de material necesario y realización del taller.
Durante el segundo semestre de 2019 - Evaluación de resultados y elaboración de la Memoria final.
Fecha prevista para la finalización del proyecto - Diciembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 19/12/2019

2. RESPONSABLE EVA TRILLO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO VIGARA JUAN CARLOS
TUNDIDOR SARASA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras su correcta planificación, elaboramos un programa de sesiones quincenal con temática de interés y prevalente en la población.

Se han emitido todos los martes en horario de 13.30 a 14 h, desde Radio Calamocha. Los temas y contenidos abordados han sido:

1º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 29 de enero de 2019
Temática: Gripe y catarros.

2º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 12 de febrero de 2019
Temática: Alimentación saludable.

3º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 26 de febrero de 2019
Temática: Obesidad y sedentarismo.

4º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 12 de marzo de 2019
Temática: Beneficios del ejercicio físico.

5º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 26 de marzo de 2019
Temática: Diabetes.

6º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 7 de mayo de 2019
Temática: Tabaco
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-tabaquismo-07-05-2019-7480>

7º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 21 de mayo de 2019
Temática: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica.
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-epoc-7486>

8º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 4 de junio de 2019
Temática: Cáncer.
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-cancer-04-06-2019-7549>

9º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 18 de junio de 2019
Temática: Sol y cáncer de piel
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-sol-y-cancer-de-piel-7625>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Tras el éxito de la actividad, hemos relanzado la actividad por segundo año consecutivo (2019/2020), en esta ocasión con la colaboración de una psicóloga y una odontóloga para abordar más temas de interés y de manera multidisciplinar. Además todas la grabaciones se están colgando en la web www.pacientesemergentes.es, una iniciativa que intenta, ante el exceso de información médica al alcance de cualquier internauta y de los riesgos que ello supone para la salud de la población, acceder a una web cuyo objetivo es informar y formar al paciente con criterios médicos adecuados, consensuados y de rigor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos logrado consolidar el EAP en relación con la Mejora de Calidad. Además contribuye a difundir Educación Sanitaria en zonas rurales de manera muy eficiente e indirectamente, mejora el conocimiento a nivel poblacional en temas relacionados con la Salud, el bienestar y el autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

Dados como finalizado el proyecto ya que se incorporan nuevos compañeros de otras especialidades /profesiones y consideramos que es un proyecto nuevo, aun mas mejorado.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/214 ===== ***

Nº de registro: 0214

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Autores:
TRILLO CALVO EVA, ROMERO VIGARA JUAN CARLOS, TUNDIDOR SARASA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: educación sanitaria englobando patologías frecuentes en la comunidad.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el EAP de Calamocha existe la cultura de realizar actividades de promoción para la salud y educación sanitaria desde hace unos años, en parte motivado por el ámbito rural, la gran dispersión geográfica, los problemas de desplazamiento, falta de infraestructuras y el envejecimiento poblacional, lo cual hace muy provechoso este tipo de actividades.

Con este proyecto se pretende hacer llegar información verídica, de rigor y supervisada por varios facultativos que desempeñan su labor asistencial en la provincia de Teruel, promoviendo la política en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento en Salud a nivel poblacional, facilitando el empoderamiento del paciente y la posibilidad de autocuidado desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad, de una forma accesible, económica y lúdica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Consolidación del EAP en relación con la Mejora de Calidad.
- Difundir Educación Sanitaria en zonas rurales de manera eficiente.
- Mejorar el conocimiento a nivel poblacional en temas relacionados con la Salud, el bienestar y el autocuidado.
- Fomentar el empoderamiento del paciente, promoviendo que adopte una actitud proactiva a la hora de mejorar su salud y de prevenir la enfermedad.

MÉTODO

Planificación:
Se planificó una reunión con una radio local de la zona básica de salud de calamocha (Teruel) para valorar la posibilidad e interés de diseñar un programa de difusión en relación con temas de la salud a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

poblacional. Una vez confirmado el interés potencial en la actividad, sus beneficios en relación a la labor formativa y divulgativa, se ha diseñado un cronograma, selección de temas/ patologías más prevalentes y de mayor interés a nivel de la comunidad.

Sesiones Programadas:

Se han programado diez sesiones radiofónicas, realizadas con una cadencia quincenal. Se emitirán por tanto cada quince días, todos los martes en horario de 13.30 a 14 h, desde Radio Calamocho, elaboradas e impartidas cada una de ellas por los tres miembros del equipo de mejora. Los temas, contenidos y fechas de emisión están perfectamente estructurados mediante organigrama temporal.

INDICADORES

Dado que la elaboración y uso de indicadores para valorar posteriormente el programa es muy dificultoso, se ha decidido elaborar posteriormente un cuestionario de valoración entre los usuarios del Sistema sanitario (pacientes que acuden a consultas médicas y de enfermería) de la zona para comprobar difusión y utilidad del programa. Además, se solicitará a la radio local los resultados del EGM (estudio general de medios) para intentar conocer el impacto local de la emisión del programa.

DURACIÓN

1º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 29 de enero de 2019
Temática: Gripe y catarros.

2º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 12 de febrero de 2019
Temática: Alimentación saludable.

3º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 26 de febrero de 2019
Temática: Obesidad y sedentarismo.

4º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 12 de marzo de 2019
Temática: Beneficios del ejercicio físico.

5º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 26 de marzo de 2019
Temática: Diabetes.

6º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 9 de abril de 2019
Temática: Tabaco y alcohol.

7º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 7 de mayo de 2019
Temática: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica.

8º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 21 de mayo de 2019
Temática: Cáncer.

9º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 4 de junio de 2019
Temática: Artrosis y dolor.

10º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 18 de junio de 2019
Temática: Atención Primaria y urgencias. Uso racional.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL LAHOZ ABADIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LLANES LUÑO RICARDO
CALVO CONS ANA MARIA
BERNAL CEREZUELA INMACULADA
ZABALA GARCIA ANA
TUNDIDOR SARASA NURIA
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron, tal y como se programó en la presentación del proyecto, diferentes talleres sobre realización de RCP y manejo del DESA. Hicieron falta dos reuniones de equipo, una el 13 de febrero de 2019 y otra el 6 de junio de 2019.

Fue necesaria también la solicitud y recogida de material: varios muñecos para practicar la reanimación y un DESA de prueba. Fueron suministrados por la Unidad Docente de Teruel, que se mantuvieron cercanos y mostraron facilidades en todo momento para que se pudiera realizar la actividad sin problema. Únicamente fue necesario solicitar un periodo de tiempo en el que los muñecos estuvieran disponibles, y que toda la actividad estuviera lo más limitada posible en el tiempo (10 días en nuestro caso), puesto que los muñecos debían estar disponibles de vuelta en la Unidad para futuras actividades.

Así pues, los talleres de los diferentes pueblos se agruparon según su proximidad geográfica dentro de la ZBS de Calamocha. Se repartieron de la siguiente manera:

1. El Poyo del Cid, Fuentes Claras - Día 1 de julio de 2019.
2. Odón, Bello, Tornos - Día 3 de julio de 2019
3. Barrachina, Cutanda, Navarrete - Día 8 de julio de 2019
4. Calamocha - Día 10 de julio de 2019.

Asimismo, se contó con la colaboración del Ayuntamiento de Calamocha, que puso a nuestra disposición el Museo de Jamón para realizar la actividad. De la misma manera, el personal del museo, nos ayudó en todo momento ofreciendo todas las comodidades posibles, y asegurándose de que todo funcionase correctamente...

En segundo lugar, cabe destacar que se había valorado (y así se describió en la presentación del proyecto) repartir una encuesta al inicio del taller para indagar sobre conocimientos previos, pero finalmente no se llevó a cabo por los siguientes motivos:

- Interacción con los participantes. Las personas que asistieron, en un principio se encontraban muy cohibidas y retraídas. Nos encontramos con comentarios como: "Me da vergüenza...", "Somos los únicos que hemos venido...", "A ver si esto luego va a ser mucha responsabilidad", "No lo voy a saber hacer bien"... Con lo que preferimos realizar varias preguntas al aire para tantear los conocimientos previos y sobre todo, acercarnos a la población y romper un poco esa barrera establecida. De la otra manera, empezar con un test, se determinó que iba a ser contraproducente para obtener la cercanía con la que se quería trabajar.
- Escasos o nulos conocimientos por parte de la población. Todas las personas que asistieron no habían realizado nunca ningún taller/sesión parecida. Con lo que al lanzar preguntas al aire ya se hizo manifiesto que no iban a saber realizar el test.

Tras una breve presentación de los monitores y de los asistentes, e introducción de la actividad que se iba a realizar, se comenzó con los vídeos del taller:

1. Introducción: "Hands-only CPR - British Heart Foundation".
2. Causas de una parada cardiorrespiratoria.
3. Llamada telefónica.
4. Compresiones torácicas.
5. Ventilación boca-boca.
6. Compresiones + Ventilaciones.

En este punto, se inició la práctica de las compresiones y ventilaciones con los muñecos. Se dividía a los participantes en dos grupos (puesto que hay dos monitores) y se iban turnando. De esta forma y mediante "role-play" tomaban conciencia de la importancia de conseguir ayuda, llamar al 061, e iniciar las maniobras de reanimación, así como de las posibles dificultades que puedan surgir.

Se continuó con más vídeos para iniciar nuevos temas:

7. Obstrucción de la vía aérea del adulto - Maniobra de Heimlich.
8. Posición lateral de seguridad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

Se practicó las maniobras visualizadas entre voluntarios y se visualizaron los últimos vídeos.

9. Utilización de DESA.

10. Consideraciones especiales: piscina, nieve, vello abundante, parches de medicación...

Se practicó con el desfibrilador y se resolvieron las dudas sobre su manejo. Por último, se realizó una leve explicación sobre las características de la RCP en niños y lactantes.

Para terminar, se hizo entrega del test final de la actividad y de la encuesta de satisfacción. Atendiendo a las dudas, y consideraciones finales que pudieron surgir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, respecto a la asistencia y siendo que es el primer año que se ha realizado la actividad, estamos satisfechos, a pesar de las dificultades que se han encontrado y que se comentarán posteriormente:

Asistencia. 28 personas distribuidos de la siguiente forma:

- El Poyo del Cid (incluyendo Luco de Jiloca) y Fuentes Claras: 1 y 7 personas, respectivamente.
- Tornos (que incluye Torralba de los Sisonos), Odón y Bello: 1, 5 y 7 personas.
- Cutanda (junto con Olalla, Fonfría, Collados, Valverde), Barrachina (incluyendo Torre Los Negros, Torrecilla del Rebollar, Nueros y Godos) y Navarrete del Río: 3, 2 y 0 personas.
- Calamocha: 2 personas.

Los resultados obtenidos en el test final fueron satisfactorios. El 75% de las personas obtuvieron un 10/10 de respuestas correctas (21 personas) y el 21% obtuvo 9/10 (6 personas) y un 4% obtuvo 8/10 (1 persona).

Por otro lado, en la encuesta de satisfacción (puntuada de 0 a 10) encontramos lo siguiente:

- Pregunta 1: ¿Consideras suficiente los contenidos teóricos y prácticos del curso?
 - Respuestas entre 8 y 10: el 100%
- Pregunta 2: ¿Crees que sería necesario impartir el curso nuevamente en años posteriores?
 - Respuestas entre 4 y 7: 11,5%
 - Respuestas entre 8 y 10: 88,5%
- Pregunta 3: ¿Cómo has visto la disposición y los conocimientos de los monitores que han impartido el curso?
 - Respuestas entre 8 a 10: 100%
- Pregunta 4: ¿Qué nota le pondrías al material que se os ha entregado previo al curso?
 - Respuestas entre 0 y 3: 15,4%
 - Respuestas entre 4 y 7: 34,6%
 - Respuestas entre 8 y 10: 50%
- Pregunta 5: Los materiales que hemos utilizado ¿crees que son adecuados?
 - Respuestas entre 4 y 7: 7,7%
 - Respuestas entre 8 y 10: 92,3%
- Pregunta 6: En qué medida responde el curso a lo que esperabas obtener de él.
 - Respuestas entre 4 y 7: 3,8%
 - Respuestas entre 8 y 10: 96,2%
- Pregunta 7: ¿Crees que este curso sirve para personas que no tienen conocimiento de medicina?
 - Respuestas entre 8 y 10: 100%
- Pregunta 8: Al finalizar el curso, valora personalmente los conocimientos que crees que has adquirido tras él.
 - Respuestas entre 4 y 7: 3,8%
 - Respuestas entre 8 y 10: 96,2%
- Pregunta 9: Serías capaz de realizar una RCP a alguien correctamente (teniendo en cuenta que no eres un profesional médico)?
 - Respuestas entre 0 a 3: 3,8%
 - Respuestas entre 4 a 7: 23,2%
 - Respuestas entre 8 y 10: 73%
- Pregunta 10: Escribe aquí aquellas cosas que crees que podrían cambiarse para mejorar el curso:
 - Muñecos
 - El local, hacía mucho calor
 - Hacer el taller habitualmente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, respecto a la asistencia, creemos que ha sido aceptable, aunque se podría mejorar. Nos hemos encontrado ante las siguientes dificultades:

- Nos comentaron que como en alguno de los pueblos han adquirido recientemente DESA por parte de los ayuntamientos, había gente interesada que ya había realizado un curso impartido por la empresa que suministraba los propios desfibriladores. Por este motivo, no acudieron a nuestro curso.
- El curso se impartió por la mañana, con lo que hubo gente que no pudo asistir debido al trabajo.
- El curso se impartió en su mayoría en Calamocha (a excepción de Odón y Bello, que se realizó en los propios pueblos). Esta fue una de las razones que más se repitió en el feed-back verbal por parte de los asistentes. Creen que habría podido acudir más gente si el taller se hubiera dado en el propio pueblo.

Por otro lado, los test finales los resolvieron correctamente con lo que creemos que los contenidos impartidos fueron adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

La encuesta de satisfacción, muestra un resultado positivo por parte de los asistentes. Se podría mejorar el material (folleto) entregado a los asistentes.

Como conclusiones cabe destacar:

- Resultado positivo, puesto que el feed-back de los asistentes así lo ha sido. De hecho, nos comentaban que les gustaría repetir e incluso lo veían como algo que debería ser obligatorio para todo el mundo.
- Quizá se podría plantear para futuras ediciones, contando con la organización y respaldo del resto de compañeros del equipo, realizar los talleres en cada pueblo concreto, con el fin de conseguir mayor asistencia.
- Se podría valorar impartir una sesión por la tarde para posibles interesados que no pudieran asistir por la mañana y así confirmar o desestimar esto como un factor limitante o no.

7. OBSERVACIONES.

Agradecimiento a todos los compañeros del CS de Calamocha, y a todas aquellas personas que ayudaron a la realización del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/772 ===== ***

Nº de registro: 0772

Título
RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

Autores:
LAHOZ ABADIAS RAQUEL, LLANES LUÑO RICARDO, CALVO CONS ANA MARIA, BERNAL CEREZUELA INMACULADA, ZABALA GARCIA ANA, TUNDIDOR SARASA NURIA, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, TARTAJ TOMAS JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tanto individuos sanos como con enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante una parada cardio-respiratoria, prima la rapidez en la primera atención, siendo de gran importancia la actuación en los primeros minutos. La comunidad ha comenzado a percatarse de ese hecho, y se han empezado a adquirir desfibriladores semiautomáticos (DESA) en los ayuntamientos. Con ello surge la necesidad la recibir una formación básica y adecuada para saber actuar ante estas circunstancias.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS: Proporcionar los conocimientos necesarios sobre:

1. La magnitud del problema de la parada cardíaca.
2. RCP Básica.
3. Las características de los desfibriladores semiautomáticos.
4. Cadena de supervivencia y el papel de la desfibrilación temprana.

Se captará a la comunidad a través de carteles y en la propia consulta. Se realizarán grupos por zonas de población para realizar varias sesiones en grupos pequeños. Se espera que la gente al finalizar la sesión adquiera las capacidades iniciales necesarias para actuar ante una PCR, y se evaluará mediante una encuesta final.

MÉTODO

Se distribuirán las sesiones por grupos de población según zonas próximas territorialmente:

1. Odón, Bello, Tornos
2. El Poyo, Fuentesclaras.
3. Barrachina, Cutanda, Navarrete
4. Calamocha

Se repartirá entre los asistentes información por escrito. Por cada grupo de población se realizará una sesión de aproximadamente 90-120min, que se evaluará con unas encuestas al principio y al final de aspecto teórico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

INDICADORES

Como indicadores de resultados utilizaremos las encuestas teóricas (pre y post-sesión) y una encuesta de satisfacción del proyecto para valorar posibles cambios en el mismo /inquietudes /necesidades de la población.

DURACIÓN

Se prevee la realización de 4 sesiones de 90-120 minutos cada una, con los responsables descritos anteriormente, a realizar durante el año 2019. Finalizando con el consiguiente análisis de resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO CONS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL CEREZUELA INMACULADA
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LAHOZ ABADIAS RAQUEL
LLANES LUÑO RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la idea inicial de mejorar los conocimientos de la población y disminuir los errores en laboratorio, se presenta en la convocatoria anual del Salud este nuevo proyecto.
Teniendo el proyecto perfilado por parte del responsable, se propuso la participación a todo el personal del centro de salud, consiguiendo un equipo mixto formado por enfermeras, médicos y una auxiliar.
Teniendo como referencia el cronograma, realizamos una primera reunión del equipo en Febrero, para detallar listado de tareas a realizar, ordenarlas según prioridad y asignarlas a cada miembro del equipo según puestos de trabajo y factibilidad.

Paso a detallar actividades y cronograma.

Enero 2019: perfilar proyecto de mejora, solicitud mediante la plataforma del Salud la inclusión de este en el Acuerdo de Gestión Pública.

Febrero 2019: Creación del equipo multidisciplinar. Realizamos primera reunión para detallar actividades a realizar, priorizarlas y asignarlas a cada participante.

Listado de errores comunes, dudas y preguntas a laboratorio.

Contactar con laboratorio. (Ana Calvo)

Elaborar hoja de recomendaciones al paciente. (Isabel Marruedo y M^a Jesús Vicente)

Elaborar encuesta al paciente (Inmaculada Bernal y Raquel Lahoz)

Elaborar encuesta al personal del centro de salud. (Ricardo Llanes y Pilar Inuñez)

Organizar sesión clínica para presentar proyecto mediante sesión clínica.(Ana Calvo)

Marzo 2019: Damos prioridad a elaborar listado de preguntas y dudas que nos surgen sobre la recogida y entrega de muestras a laboratorio. Contactamos con laboratorio del Hospital Obispo Polanco, que muy amablemente resolvió todas nuestras preguntas y nos amplió la información con más recomendaciones.

Abril 2019: priorizamos la elaboración de hoja de recomendaciones, ahora que ya tenemos toda la información recibida de laboratorio. Iniciamos elaboración de encuesta de valoración al paciente.

Mayo 2019: finalizamos el diseño de la hoja de recomendaciones (ANEXO I) que será entregada a los pacientes. Diferenciamos entre la información que debemos dar de forma general a los pacientes, la que debemos restringir a pacientes con un perfil concreto y la que debemos limitar al personal sanitario. Finalizamos la encuesta de valoración del paciente que será entregada al paciente tras la extracción de sangre/entrega de la muestra o en la consulta al ser informado de los resultados.

Junio 2019: Realizamos una segunda reunión de equipo, para revisar el trabajo realizado hasta ahora y reorganizar el trabajo que nos queda por desarrollar. El 10 de Junio se realizó la sesión clínica para presentar el proyecto al equipo, junto con la información recibida de laboratorio y la hoja de recomendaciones para el paciente. Esta hoja estuvo a disposición de todo el personal del centro desde ese mismo día. El martes 11 de Junio empezamos a repartir la hoja informativa y a realizar las encuestas de valoración por parte de los pacientes.

Desde Junio hasta final de Septiembre 2019: se mantiene la entrega de hojas informativas así como de las encuestas de valoración.

Octubre 2010: elaboración y diseño de la encuesta de valoración del proyecto de mejora por parte del personal del centro.

Noviembre 2019: entrega de las encuestas y recogida de estas tras su cumplimentación de forma anónima por parte del equipo.

Diciembre 2019: Realizamos análisis de las encuestas, valoración global del proyecto y extraemos conclusiones. Realizamos una tercera reunión de equipo para hacer valoración final.

Enero 2020: Realización de la memoria final por parte de la responsable del proyecto y se presenta mediante formulario en la plataforma del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro proyecto se basa en mejorar los conocimientos de la población que se somete a un análisis de laboratorio, pero: ¿cómo valorar el resultado? ¿cómo valorar el impacto? Uno de los principales problemas es la dificultad para calcular en número de hojas informativas (ANEXO I) entregadas, el c.s. Calamocha es un centro de salud rural (no se puede centralizar el acceso a las hojas informativas únicamente en Calamocha) y en el que trabajan muchos profesionales. En un principio valoramos la numeración de éstas, pero descartamos la idea al ver que no era factible.

Otro problema era conseguir que, cada paciente que tuviera una hoja de recomendaciones, realizara la encuesta de valoración. Dado que no se entregaban ni el mismo día ni en el mismo espacio físico (solicitud de analítica en consulta médica/enfermería, donde se entregaba la hoja de recomendaciones. Era en la sala de extracciones donde se entregaba la encuesta de valoración) no se podía controlar los pacientes que habían realizado la encuesta.

Decidimos que lo más realista era realizar una sencilla encuesta de valoración para poder valorar el proyecto y su impacto en la población.

Paso al análisis de cada pregunta:

1 ¿Tras haber leído la hoja informativa, cree que ha mejorado sus conocimientos sobre las recomendaciones antes de un análisis?

3,07% Nada
58,4% Algo
38,4% Mucho

2 ¿Sabía cómo hacer ayunas correctamente para el análisis ?

7,6% No

92,3% Si

3 ¿Sabía cómo recoger y mantener correctamente la muestra de orina?

16,9% No

83,1% Si

4 ¿Cree que esta hoja informativa es útil o supone un problema al entregarle más papeles?

87,6% Es útil

12,3% Indiferente

0% Es un problema

5 ¿Cree que deberíamos seguir entregándola a los pacientes?

1,5% No

98,5% Si

6 ¿Le han surgido dudas o preguntas? ¿Le interesa saber algo más?

47,6% No contesta

47,6% No

4,8% Comentarios personales

Nos encontramos con un sesgo poblacional, ya que un porcentaje mayoritario de las personas que se realizan análisis son mayores, dentro de este grupo poblacional no hemos entregado hoja informativa ni encuesta a aquellas personas con nivel cognitivo disminuido (se entregaba al cuidador principal) o con dificultades para leer o escribir.

La valoración dentro del equipo del centro de salud fue positiva. Paso a detallarla

-1- El proyecto se inició en Junio 2019 y finalizó en Septiembre, ¿has tenido acceso durante este tiempo a la hoja informativa para entregarla a los pacientes?

80% Siempre
20% Casi siempre
Casi nunca
Nunca

-2- ¿Con qué frecuencia las has entregado?

20% Siempre
75% Casi siempre
5% Casi nunca
Nunca

-3- Ante la solicitud de una analítica, ¿crees que ha facilitado tu trabajo?

65% Siempre
35% Casi siempre
Casi nunca
Nunca

-4- ¿Crees que ha mejorado las condiciones de entrega de las muestras?

100% Si
No

-5- ¿Crees que ha mejorado los conocimientos de los pacientes sobre recogidas de

muestras?
100% Si
No

-6- ¿Opinas que deberíamos seguir entregando esta hoja informativa en el C.S.

Calamocha?
100% Si
No

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

-7- ¿Cómo conociste este proyecto?

Recibí un e-mail
85% Una reunión de equipo
15% Me informó un compañero

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nace como una doble idea: mejorar los conocimientos de la población sobre algo muy concreto, preparación para realizar/entregar muestras para análisis y evitar errores que puedan invalidar o alterar estos resultados.

Al preparar la hoja informativa para los pacientes nos damos cuenta de la diferencia de criterios que en ocasiones se da entre profesionales sanitarios: ¿ante una orina de 24 horas, cuándo se recoge la primera y última muestra? No había un criterio homogéneo. Tampoco en las analíticas de control de tratamiento (hierro, vitaminas, tiroides...). Todo esto puede dar lugar a errores en la analítica, motivo suficiente para iniciar un proyecto de mejora que pueda mejorar los conocimientos de la población, unificar los criterios de los profesionales y solventar así errores en laboratorio.

Ahora que hemos finalizado el proyecto podemos afirmar su sostenibilidad, concluir que ha sido favorable desarrollarlo, no ha implicado una gran inversión de tiempo en la consulta de atención primaria, incluso, la hoja de recomendaciones se puede convertir en una herramienta de trabajo útil para el profesional sanitario.

Respecto a su mantenimiento: creo que sería interesante mantener la hoja de recomendaciones como una herramienta más del profesional sanitario que únicamente implica el coste de su impresión en papel. Finalizar diciendo que este proyecto de calidad ha sido un trabajo en equipo, en el que todos sus miembros han colaborado activamente.

ANEXO I (hoja de recomendaciones. Se muestra el contenido, no el formato original)

RECOMENDACIONES PARA RECOGIDA

DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

ANÁLISIS DE SANGRE

- No coma nada desde las 12h de la noche anterior.
- Si lo necesita puede tomar una pequeña cantidad de agua.
- Puede tomar su medicación habitual, excepto si su médico le dice lo contrario

ANÁLISIS DE HECES

¿¿¿DÓNDE HACER???

- Recoja una muestra en el bote que le hemos entregado. No lo llene del todo.
- Guárdelo en la nevera hasta entregarlo. Puede almacenarlo durante máximo 3 días.

SEDIMENTO Y CULTIVO DE ORINA

- Recoger la primera orina de la mañana
- Es imprescindible el correcto lavado de genitales externos con agua y jabón así como su aclarado y secado con una toalla limpia.
- Despreciar el primer chorro, recogiendo en el frasco estéril la porción media "al vuelo" sin detener la micción.

ORINA DE 24H

- El paciente desechará la primera orina de la mañana.
- Recogerá TODA la orina que realice durante 24h.
- Al día siguiente al despertarse orinará por última vez en el bote y lo cerrará correctamente.

Es importante guardar el bote con la orina en la nevera durante las 24h que dura la recogida y hasta su entrega en el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/979 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

Nº de registro: 0979

Título
ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

Autores:
CALVO CONS ANA MARIA, BERNAL CEREZUELA INMACULADA, MARRUEDO MANDEBO ISABEL, GIMENO PICAZO JOSE CARLOS, LAHOZ ABADIAS RAQUEL, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, LLANES LUÑO RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mejora de la práctica clínica
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el C. S. Calamocha se realizan análisis de sangre y recogida de muestras para enviar a laboratorio dos días a la semana, realizando una media diaria de 44 extracciones de sangre y 6 muestras de orina y/o heces no conjuntas con sangre. La población en general conoce el concepto "ayunas" y la necesidad de llevarlo a cabo previo al análisis de sangre, pero hemos detectado otras dudas que surgen: ¿Cuántas horas de ayunas? Si el análisis es únicamente de orina, ¿también hay que guardar ayunas? ¿Dónde debo guardarla hasta la entrega en el centro de salud?

Partimos de una situación en la que la gente conoce los conceptos básicos, pero las dudas se generan al tratarse de otro tipo de análisis: heces, orina de 24h, etc. Estas dudas no resueltas son las que pueden llevar a un error de recogida, mantenimiento y/o entrega de la muestra.

Problemas detectados:

no realizan correctamente las ayunas
no recogen/mantienen correctamente la muestra de orina: no realizan correcta higiene previa a la recogida, no recogen orina de primera hora
no recogen/mantienen correctamente la muestra de heces

Hemos pensado en lo útil que sería poder aunar todas las recomendaciones que podríamos hacer y respuesta a preguntas más frecuentes de aquellos pacientes que vayan a someterse a un análisis de laboratorio en una única hoja informativa que sería entregada por la persona que solicita el análisis a la vez que se entrega el volante.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar recomendaciones por parte del personal sanitario
Mejorar los conocimientos de la población susceptible sobre recogida, mantenimiento y entrega de las muestras
Minimizar errores de recogida, mantenimiento y recogida de las muestras

MÉTODO

Para conseguir nuestros objetivos debemos elaborar la hoja informativa, para lo cual necesitaremos:

- elaborar calendario de actividades
- distribuir tareas entre los participantes del equipo de trabajo
- presentar el proyecto a todo el personal del centro en una sesión clínica
- ponernos en contacto con el servicio de laboratorio de HOP y contrastar información sobre los distintos análisis.

INDICADORES

- Encuesta de valoración a pacientes
- Encuesta de valoración al personal del C.S.Calamocha

DURACIÓN

Inicio de proyecto: Marzo 2019
Previstas 3 reuniones de equipo (inicio, implantación, previo a la evaluación)
Fin del proyecto: evaluación en Noviembre 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0274

1. TÍTULO

REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C.S. CEDRILLAS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE AINARA ALONSO VALBUENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ NAVARRO CRISTINA
SUAREZ CRESPO SUSANA
JULIAN MARTINEZ ANA
MARCO GRACIA MARTA
RUEDA PEREZ ANDRES
MAÑAS BERNAD ANA
SANZ BARAJAS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

25 marzo 2019: presentación del proyecto en reunión de equipo
20 mayo 2019: sesión de formación al equipo sobre manejo de las estatinas, basándonos en la guía de practica clínica del SNS del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, de abril de 2017. Se dio documentación por escrito para la consulta de los profesionales del centro
Reunión de equipo para ver el estado del indicador 27 mayo 2019, 9 Septiembre y 16 diciembre
Realización de memoria final enero 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes que estaban con estatinas en prevención secundaria en marzo 2019 : 51,11
% de pacientes que estaban con estatinas en prevención secundaria al finalizar el estudio: 62,5
La fuente de obtención de los datos ha sido los facilitados por la técnico de salud del sector Teruel

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se ha mejorado mas de un 11% el porcentaje de pacientes con estatinas en prevención secundaria, no hemos cumplido las expectativas que teníamos. Hemos tenido dificultades con los pacientes que se han incluido en el indicador con diagnóstico de prevención secundaria y sin embargo no tenían un código CIAP K74, K75, K76 y K90. Buscando uno a uno cada paciente con estas características, hemos logrado excluir del listado de pacientes en prevención secundaria sin tto con estatinas a la mayoría, pero en 3 pacientes no hemos logrado excluirlos, a pesar de que se descartó por cardiología la patología isquémica y cambiamos el código CIAP que se apuntó en el episodio inicialmente.
También hemos presenciado 4 casos en los que no tenían prescrita la estatina por su comorbilidades (demenciados, severos hepatopatas con LDL bajo controlado con dieta y pacientes con elevaciones de CPK con cualquier dosis y diferentes tipos de estatina)
Otros 3 pacientes tenían LDL bajo, mala tolerancia a estatinas y no hemos considerado oportuno aconsejar el tratamiento con estatinas por el balance deficitario de riesgo-beneficio.
Por último en el listado aparecen 2 pacientes que no son de nuestros cupos sino que son pacientes de otros médicos que pasan temporadas en Cedrillas y que no hemos podido localizar.
Al tener una muestra pequeña, los 12 casos antes reseñados influyen mucho en el total del porcentaje impidiéndonos mejorar el indicador.

7. OBSERVACIONES.

La persona encargada como responsable del proyecto (Ainara Alonso) ha cambiado su lugar de trabajo del C.S. Cedrillas a C.S.Teruel Centro, por lo que se han encontrado dificultades para poder acceder a los datos. Sin embargo lo hemos subsanado con la ayuda de la técnico de salud del Sector y el coordinador del centro de salud de Cedrillas

*** ===== Resumen del proyecto 2019/274 ===== ***

Nº de registro: 0274

Título
REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C. S. CEDRILLAS

Autores:
ALONSO VALBUENA AINARA, MARTINEZ NAVARRO CRISTINA, SUAREZ CRESPO SUSANA, JULIAN MARTINEZ ANA, MARCO GRACIA MARTA, RUEDA PEREZ ANDRES, MAÑAS BERNAD ANA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0274

1. TÍTULO

REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C.S. CEDRILLAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto se gesta en la valoración de los indicadores del acuerdo de gestión de 2018 de nuestro centro de salud, en el que queda reflejado que la cobertura de estatinas en este tipo de pacientes está en un nivel inferior al esperado.

Tal y como queda reflejado en las guías clínicas (AHA, NICE), los pacientes con enfermedad cardiovascular ya diagnosticada (prevención secundaria) se benefician de un abordaje más intenso de su hiperlipemia. Así pues, el tratamiento con estatinas es un pilar fundamental en el control de posibles recidivas y de la mortalidad en este tipo de pacientes.

Somos conscientes de que en un alto porcentaje de pacientes, la incidencia está en el inadecuado registro de la medicación asociado al episodio cardiovascular y no en el la falta del tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Definir aquellos pacientes en prevención secundaria.
- 2- Conocer los pacientes que precisan tratamiento y carecen de él.
- 3- Conocer los pacientes en tratamiento pero con un mal registro en episodio de OMI-AP
- 4- Intentar llegar a una cobertura del 90% de tratamiento con estatinas en pacientes con prevención secundaria

MÉTODO

Presentación del proyecto en reunión de equipo- Marzo 2019
-Formación a los profesionales con el objetivo de actualizar los conceptos relativos a las estatinas- 2º trimestre de 2019
-Reuniones de EAP para revisión/control de indicadores trimestrales
-Realización de memoria final febrero- marzo 2020

INDICADORES

Uso de estatinas en pacientes con prevención secundaria.

NUMERADOR: pacientes con prescripciones activas en receta electrónica en estatinas en prevención secundaria.
CIA distintos con prescripción activa de simvastatina o lovastatina, o pravastatina o fluvastatina o atorvastatina o rosuvastina o pitavastatina o simvastatina + ezetimiba o pravastatina + fenofibrato o atorvastatina + ezetimiba o atorvastatina + amlodipino o atorvastatina + AAS+ Ramipril y con código CIAP angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardiaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90).

DENOMINADOR: pacientes con diagnóstico de prevención secundaria
CIA distintos con código CIAP K74, K75, K76, o K90

DURACIÓN

La aplicación del proyecto será un año
Presentación- Marzo 2019- Difusión al resto del equipo
Formación Interna- Sesión Clínica - Abril 2019
Reuniones- 1 vez cada 3 meses para análisis de los datos coincidiendo con los cortes trimestrales
Evaluación del proyecto enero 2020
Realización de la memoria final -febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0415

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANA JULIAN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMAS RIBAS EDUARDO
SANCHEZ RUBIO CONCEPCION
MARCO GRACIA MARTA
RUEDA PEREZ ANDRES
MONTERO PEREZ ASCENSION
MAÑAS BERNAD ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EN MAYO DE 2019 SE REALIZA UNA CAPTACION DE 34 PACIENTES CON EPOC/ASMA Y QUE NECESITAN DEL EMPLEO DE TRATAMIENTO CON DISPOSITIVOS INHALADORES.
A PRINCIPIOS DE JUNIO DE 2019 COMENZAMOS CON UNA SESION CLINICA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL C. SALUD DE CEDRILLAS SOBRE EL USO Y MANEJO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE SISTEMAS DE INHALACION QUE DISPONEMOS EN LA ACTUALIDAD PARA EL CORRECTO MANEJO, PRESCRIPCION Y REVISION DE LOS PACIENTES CON EPOC/ASMA
A CONTINUACION CITAMOS LOS PACIENTES DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN LA CONSULTA PARA PASARLES EL CUESTIONARIO DEL TAI TEST Y COMPROBAR ASI LA ADHESION Y EL TIPO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INHALADOR. A SU MISMA VEZ LES PEDIMOS QUE REALICEN EL INHALADOR DELANTE NUESTRO PARA COMPROBAR SI LO REALIZAN CORRECTAMENTE.
A PRINCIPIOS DE SEPTIEMBRE SE AGRUPAN A LOS PACIENTES EN GRUPOS HOMOGENEOS DE USO DE DISPOSITIVO INHALADOR PARA ACUDIR A LAS CHARLAS DE EDUCACION GRUPAL Y REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO, CUIDADO Y PRESCRIPCION DE SUS DISPOSITIVOS INHALADORES.
A FINALES DE DICIEMBRE DEL 2019 REALIZAMOS UNA REVISION DE ESTOS PACIENTES COMPROBANDO LAS EXACERBACIONES CON LAS DEL AÑO PASADO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 100% DE PACIENTES (34) QUE TIENEN PRESCRITO UN INHALADOR SON REVISADOS, DE ESTOS EL 17,64% (6) DE PACIENTES SE LES INDICA UN CAMBIO EN EL TIPO DE INHALADOR POR NO SABER USAR CORRECTAMENTE EL DISPOSITIVO PRESCRITO.
A NINGUNO, EL 0%, SE LES RETIRA EL INHALADOR.
CON EL CUESTIONARIO TAI TEST DETECTAMOS UN 90% DE BUENA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADOR Y SOLO UN 10% QUE REALIZAN UN INCUMPLIMIENTO DELIBERADO.
EL 80% (27) DE LOS PACIENTES ACUDEN A LAS CHARLAS DE EDUCACION GRUPAL SOBRE LOS DISPOSITIVOS INHALADORES.
DURANTE EL TRASCURSO DEL AÑO FALLECEN EL 8,87% (3) DE LOS PACIENTES INCLUIDOS POR LO QUE LOS SACAMOS DEL FINAL DEL ESTUDIO.
CON TODO ESTO CONSEGUIMOS UNA DISMINUCION DEL 11,67% DE LAS EXACERBACIONES CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA CORRECTA ACTUALIZACION SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS INHALADORES PERMITE UN CORRECTO MANEJO DE LOS PACIENTES.
LOS PACIENTES NECESITAN SER REVISADOS CON PERIODICIDAD SOBRE EL USO, ADHESION Y CUMPLIMIENTO DE SU TRATAMIENTO INHALADOR, PARA PODER COMPROBAR SU CORRECTA REALIZACION O VALORAR LA POSIBILIDAD DE UN CAMBIO EN LOS DISPOSITIVOS DE INHALACION QUE UTILIZAN ADAPTADO A SUS NUEVAS NECESIDADES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
EDUACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

Autores:
JULIAN MARTINEZ ANA, COMAS RIBAS EDUARDO, SANCHEZ RUBIO CONCEPCION, MARCO GRACIA MARTA, RUEDA PEREZ ANDRES, MONTERO PEREZ ASCENSION, MAÑAS BERNAD ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0415

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La personas ancianas y/o las demenciadas y/o los pacientes con poca capacidad inspiratoria y/o los que no son capaces de utilizar la tecnica adecuada, no siempre usan correctamente los dispositivos inhaladores. Los profesionales no siempre conocen, en profundidad, los más de 26 SISTEMAS, 40 FÁRMACOS, 141 PRESENTACIONES amén de las distintas cámaras de los distintos inhaladores. Se ha detectado que algunos pacientes no usan correctamente los inhaladores, otros no usan el sistema más adecuado para ellos, y otros, simplemente, no están capacitados para usarlos.

RESULTADOS ESPERADOS
Deteccion de los pacientes con uso inadecuado de los inhaladores
Ajuste del tipo de inhalador o retirada del mismo
Todo ello enfocado a disminuir el numero de exacerbaciones en pacientes con EPOC/ASMA

MÉTODO
Educacion grupal sobre el uso de inhaladores
Valoracion individualizada de los pacientes que usan inhaladores
Formacion a los profesionales, sobre los multiples dispositivos, y su indicación en un tipo u otro de patologia o paciente
Adecuación del inhalador más adecuado a cada paciente
Retirada de los inhaladores en pacientes que no son capaces de usarlos correctamente

INDICADORES
% de pacientes que usan inhaladores, que acuden a sesiones de educación grupal
% de pacientes que tienen prescrito un inhalador, que son revisados
% de pacientes a los que se les indica un cambio en el tipo de inhalador
% de pacientes a los que se les retira el inhalador
% de disminución de episodios de exacerbacion de EPOC/ASMA

DURACIÓN
Mayo 2019. listado de pacientes con inhalador
Junio 2019. Educacion grupal a los usuarios de inhaladores
Junio 2019. Sesión Clínica, a los profesionales del Centro de Salud, sobre los distintos tipos de inhaladores y su indicación
Junio 2019 - Noviembre 2019, revision individualizada de los pacientes que usan inhalador
Diciembre 2019. Evaluación de la disminución de las exacerbaciones de EPOC/ASMA habidas durante el segundo semestre del año
Encuesta de satisfacción entre los usuarios de inhaladores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FERNANDO MAICAS MAICAS
 · Profesión ENFERMERO/A
 · Centro CS CELLA
 · Localidad CELLA
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este estudio nació en 2018 respondiendo a la necesidad formativa demandada por los propios compañeros de guardia civil tras exponerlo a dirección de atención primaria y reunirnos con el puesto medico de G.C. Se creyó conveniente extenderlo a toda la provincia, cosa que nos resultó imposible (por motivos de organización de las distintas compañías) así que solicitamos una continuación del proyecto un año más. Tras concedérselo y pensando en hacer un estudio más productivo pensamos en seguir tres líneas de actuación:

- 1ª Situación basal y aumento de competencia tras formación en primeros auxilios en GC con una intervención formativa puntual.
- 2 Nivel de conocimientos retenidos un año (Después de la intervención formativa puntual)
- 3 Efecto booster producido por una segunda formación pasado un año.

CRONOGRAMA de actividades realizadas en el periodo del proyecto: (En ellas hemos participado ambos miembros del equipo)

15/03/2018 --- Reunión con Dña Pilar Adrián teniente enfermera de G. Civil
 5 y 19/04/18 ---Diseño consensuado con GC de cronograma de formación, clases, recursos..
 Mayo 2018 ---Se informa a los distintos puestos de que se va a realizar formación en primeros auxilios para sus unidades por sus medios oficiales; es decir mediante la reunión que mantienen semanalmente con sus superiores. (Los alumnos fueron seleccionados aleatoriamente según disponibilidad el día del curso.)
 19/06/2018 ---Comienzo de formación en unidad USECIC (unidad de seguridad ciudadana de Teruel (11 alumnos con examen pre formación y post formación)
 21/6/2018---- Comienzo de formación en zona de Alcañiz para los puestos: Albalate del Arzobispo, Alcañiz, Alcorisa, Andorra, Ariño, Calaceite, Calanda, Cantavieja, Híjar, Mas de las matas, Monroyo, Valdealgofa y Valderrobles (23 alumnos con examen pre formación y post formación)
 Período estival ---Inhábil por vacaciones de los alumnos
 15/10/2018 ---Reunión postestival en la que acordamos solicitar un año de prórroga ya que por cuestiones organizativas de GC es imposible concluir el proyecto y rediseño del proyecto con los tres puntos arriba mencionados
 22/11/2018 ---Reunión con dirección para informar de la solicitud de continuación de proyecto un año mas
 Enero-oct ---Comienzo de formación con guardia civil de tráfico 85 agentes.
 2/02/2019 ---Reunión para adecuación de formación con la teniente Pilar Adrian.
 29/05/2019 ---Comienzo de formación en zona de Monreal para los puestos de Aliaga, Calamocha, Caminrreal, Monrreal, Montalbán, Santa Eulalia y Utrillas.
 05/06/2019 ---Comienzo de formación en zona de Mora de Rubielos para los puestos de Alcalá de la selva, Rubielos, Mora, Mosqueruela, Puebla de Valverde, Sarrión.
 06/06/2019 ---Comienzo de formación en zona de Teruel para los puestos de Albarracín, Alfambra, Cedrillas, Cella, Teruel, COS.
 10/06/2019 --- Formación al año en unidad USECIC (unidad de seguridad ciudadana de Teruel (9 alumnos con examen pre formación y post formación)
 13/06/2019 --- Formación al año en zona de Alcañiz para los puestos: Albalate del Arzobispo, Alcañiz, Alcorisa, Andorra, Ariño, Calaceite, Calanda, Cantavieja, Híjar, Mas de las matas, Monroyo, Valdealgofa y Valderrobles (21alumnos con examen pre formación y post formación)
 18/09/2019 ---Evaluación de resultados numérico
 15/01/2020 ---Elaboración de Conclusiones del proyecto
 22/01/2020 ---Elaboración del proyecto de calidad para subir a la plataforma esa semana.
 3/02/2020 ---puesta en común de resultados con teniente de la G civil para su difusión en el cuerpo

Cronograma de la formación que se realizó con las distintas compañías :

HORA	ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLE
10:00	Presentación de actividades	5 min	Pilar
10:05	Examen 15 preguntas	15 min	Control por los tres
10:20	Justificación del curso (asistencia sanitaria)	5 min	Fernando
10:25	Caso clínico sin formación DESA	10 min	Fernando
10:35	Análisis del caso clínico con DESA	55 min	
	Cadena supervivencia (foto)		Maria Jose
	Pls (practica)		Los tres en grupos
	Rcp + video		Maria Jose
	DESA (video parada ritmo)		Fernando
	OVACE		Pilar
11:20	Practicas por grupos	120 min	Los tres en grupos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

13:35 Examen -----15 min -----Control por los tres
13: 50 ENCUESTA CALIDAD + DUDAS-----5 min ----- Recogida por los tres
Total-----4 horas

COMUNICACIÓN DEL PROYECTO A LOS PARTICIPANTES: Durante el mes de mayo de 2018 Se informó a los distintos puestos de que se va a realizar formación en primeros auxilios para sus unidades por sus medios oficiales, es decir, mediante la reunión que mantienen semanalmente con sus superiores.
Comunicación de los resultados a los participantes: el día 3 de febrero se ha concretado una reunión con la teniente Pilar Adrián para entregar los resultados obtenidos y utilizando los cauces propios de Guardia Civil sean informados alumnos y mandos

MATERIALES ELABORADOS:

Algoritmo RCP: Al final en vez de entregarlo en mano, se les informó de donde poder acceder a él, (ya que los primeros grupos se dejaron parte de ellos en la propia clase) así que usamos el de la European Resuscitation Council por medio de la pagina <https://www.cercp.org/> (consejo europeo de resucitación cardiopulmonar)
Hicimos esta modificación pensando en que los documentos se pierden y desactualizan, pero si sabían acceder a la página la tendrían para siempre y estarían actualizados cuando desearan.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Se pasó el examen validado por el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León y SESCAM para la titulación oficial de socorrista .

Fue un examen de 16 preguntas tipo test con 4 respuestas posibles y una sola respuesta correcta, las preguntas negativas restan 0,33 las positivas suman 1 las no contestadas ni sumaban ni restaban

Adjunto únicamente las tres primeras preguntas por falta de número de caracteres para poder hacerse una idea de cómo era el test validado por SESCAM:

1) La desfibrilación es una técnica que:

- A) Se emplea para convertir un ritmo desfibrilable en un ritmo que genere un latido cardiaco efectivo, capaz de generar pulso
 - B) Se emplea en cualquier ritmo que a producido una parada cardiorespiratoria
 - C) Carece de importancia en situaciones de parada cardiorespiratoria
- Ha quedado en desuso por la aparición de otro tipo de técnicas alternativas

2) Un paciente con antecedentes recientes de corazón sufre una parada cardiaca súbita.
¿Cuál de las siguientes medidas le ofrece las mejores probabilidades de supervivencia?

- A) Esperar que lleguen los servicios de emergencia médicos para realizar RCP (Reanimación Cardio Pulmonar)
- B) RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) inmediata y desfibrilación en los primeros minutos
- C) Desfibrilación a los diez minutos independientemente de la RCP (Reanimación Cardio Pulmonar)
- D) RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) inmediata con desfibrilación a los 10 minutos

3) Usted es testigo de el desvanecimiento de un hombre de 45 años. Le practica RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) tras enviar a alguien a llamar al 112. Ha hecho lo posible por asegurar que los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia se cumplan de inmediato. ¿ Cual es el tercer eslabón de la cadena, el que tendrá mayor efecto para mejorar las posibilidades de supervivencia de este hombre?

- A) La llegada del personal de emergencias que le administre fármacos
- B) El traslado del paciente al hospital
- C) La desfibrilación
- D) La llegada del personal de emergencias capaz de realizar Reanimación Cardio Pulmonar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como comentábamos en las actividades, se siguieron tres líneas de actuación:

1ª Situación basal y aumento de competencia tras formación en primeros auxilios en GC con una intervención formativa puntual.

1- La fuente de información fueron las encuestas validadas por SESCAM entregadas preformación para conocer la situación basal y postformación para ver la variación de conocimientos.

Para este primer punto se realizó formación en Teruel, Monreal y Mora agrupando muchas compañías. Los resultados fueron:

Teruel 06/06/19 pre formación-----post formacion
Número de alumnos-----13 -----13
Aprobados-- -----4-----13
Suspensos-----9-----0
Nota media:----- 3,42 / 10-----8,18/10

Monreal 29/05/19 pre formación -----post formacion
Número de alumnos-----21----- 20
Aprobados----- 4-----18
Suspensos-----16----- 2
Nota media: -----3.15/ 10 -----6,62/10

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

Incidencia: 1 alumno salió del aula antes de realizar el postformación

Mora 05/06/19 pre formación	-----	post formacion
Número de alumnos	-----29	-----29
Aprobados	-----2	-----29
Suspensos	-----27	-----0
Nota media:	-----2,43 /10	-----7,3/10

Suma Teruel + Calamocha + Mora muestra total 62 personas

Pretest: $3.42+3.15+2.43=$ nota media 3/10

Posttest: $8.18+6.62+7.3=$ nota media 7.36/10

El estándar marcado era conseguir una formación superior a 5 y en todos los grupos se consiguió, incluso superando expectativas y llegando al 7,36 de media consiguiendo un impacto mayor al esperado puesto que partíamos en todas las agrupaciones de una nota media de 3

2ª Actuación: Conocimientos retenidos un año después de la intervención formativa puntual

Para ello se dio en los grupos USECIC y Alcañiz formación en 2018 y transcurrido un año. Se utilizó de fuente el mismo cuestionario validado por SESCOAM para ver qué cantidad de conocimientos habían retenido un año después.

Fecha de Formación	-----	Fecha de examen
USECIC 19/06/2018	-----	10/06/2019
ALCAÑIZ 21/06/2018	-----	10/04/2019

USECIC
Número de alumnos -----9
Aprobados-----2
Suspensos-----7
Nota media: -----3.56 / 10

ALCAÑIZ
Número de alumnos-----21
Aprobados-----8
Suspensos-----13
Nota media:-----4.60/ 10

El estándar marcado era conseguir una formación superior a 5 y en ninguno de los 2 grupos se consiguió, ya que la nota fue de 3.56 en USECIC y 4,60 en Alcañiz. El impacto de estos resultados nos indica que no vale con una intervención puntual sino que se tiene que realizar una formación continuada con reciclajes en menos de un año.

3ª actuación Efecto booster producido por una segunda formación pasado un año.

Para ello se utilizaron los mismos grupos USECIC y Alcañiz que habían sido formados en 2018 y se les realizó otra sesión formativa de 4h siguiendo el cronograma arriba expuesto. Se utilizó de fuente el mismo cuestionario validado por SESCOAM para ver qué cantidad de conocimientos disponían con una segunda intervención

USECIC-----1ª formación 19/06/2018	-----	2ª formación 10/06/2019	---examen
ALCAÑIZ---1ª formación 21/06/2018	-----	2ª formación 10/04/2019	---examen

USECIC postformación al año sobre 16 preguntas formación a un año de servicio especial
Número de alumnos-----9
Aprobados-----9
Suspensos-----0
Nota media:-----8.1 / 10

ALCAÑIZ
Número de alumnos-----20
Aprobados-----19
Suspensos-----1
Nota media: -----7.71 /10

1 alumno salió del aula antes de realizar el postFORMACIÓN

El estándar marcado era conseguir una formación superior a 5 y en los 2 grupos se consiguió. El impacto de estos resultados nos indicó un nivel de conocimientos superior a la intervención puntual que se realizó en Teruel, Monreal y Mora lo que refuerza la importancia de la formación programada y reciclajes en estos primeros intervinientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DIFICULTADES ENCONTRADAS DURANTE EL PROYECTO:

HORARIOS: Al trabajar con una institución oficial en activo, tuvimos que disminuir nuestras 8 horas programadas de curso a 4 horas para no alterar en el desarrollo de la actividad de las unidades.

PERDIDA DE ALUMNOS EN LOS GRUPOS QUE REALIZAMOS FORMACIÓN UN AÑO DESPUES: De los dos grupos que realizamos la formación al año algunos efectivos no estaban aquel día o habían sido trasladados a otras provincias pasando la muestra en USECIC de 11 a 9 y en Alcañiz de 23 a 21. También se trabajó con un grupo numeroso de guardia civil de tráfico, pero por motivos laborales, horarios y turnicidad no estaban durante la clase completa y era muy difícil hacer una primera y segunda vuelta con ellos así que se continuó haciendo formación con ellos, pero no la incluimos en este proyecto de calidad

Una dificultad que pensamos que nos alteraría el volumen de participantes fue la activación de alumnos durante el curso por diferentes incidencias, pero una vez allí no se dio el caso en ninguno de los cupos.

GASTOS EXTRA fue un hándicap, ya que no contábamos con los siguientes gastos extra que tuvimos que asumir los componentes del equipo.

- Desplazamientos, en los que cuando diseñamos en proyecto con la teniente desconocíamos que no podíamos desplazarnos con ella en los vehículos oficiales por cuestiones del seguro corporativo militar.

- Materiales: En el diseño del proyecto pensamos en realizar las fotocopias en comandancia, pero al ser un volumen tan importante no pudimos.

CONCLUSIONES

La formación de base en las academias de guardia civil no es suficiente (como demuestran los resultados inferiores a 5), para ofrecer una primera asistencia de calidad hasta que llegan los servicios de emergencia.

Es necesario el reciclaje anual ya que como se observa en los grupos de USECIC y Alcañiz el paso del tiempo agrava las dudas y merma los conocimientos (llegando a estar por debajo de 5 en la mayoría de los casos)

La motivación de base de estos profesionales, hace que con una intervención formativa básica de 4h pasemos de medias muy inferiores al 5 a medias de notable en todas las compañías con una capacidad de respuesta en las sesiones practicas capaz de mantener en perfectas condiciones un paciente hasta la llegada de los servicios de emergencia.

VALORACIÓN

Estamos muy satisfechos con este proyecto ya que estos compañeros son primeros intervinientes en emergencia extrahospitalaria hasta la llegada de los servicios de emergencia sanitaria. De ellos, muchas veces, depende el pronóstico y las posibilidades de supervivencia del paciente, siendo insuficiente la formación recibida en sus centros de trabajo.

Este proyecto ha demostrado que aportándoles conocimientos ayudamos a la comunidad a tener más posibilidades de supervivencia y menos daños neurológicos.

Tras el proyecto hemos solicitado a dirección que se incluya la formación de estos profesionales desde las distintas zonas básicas de salud, puesto que formándolos a ellos todos salimos beneficiados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1483 ===== ***

Nº de registro: 1483

Título
ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MAICAS MAICAS FERNANDO, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada cardiorespiratoria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: correcta aplicación de la cadena de la vida mejorando pronostico y evolución del paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto nace como respuesta a una necesidad comunitaria
: Desde atención continuada hemos percibido que cada vez que se produce un incidente importante en vía pública: accidente de tráfico, PCR, síncope... los primeros en acudir al lugar del suceso son los compañeros de la Guardia Civil.

Esto es debido a que Guardia Civil acude directamente con las unidades que tienen desplegadas, mientras nosotros tenemos que:

1. Desalojar los posibles pacientes no urgentes que tenemos en el centro de salud.
2. Realizar desvíos telefónicos.
3. Colocar carteles en las puertas y cerrar el centro.
4. Cargar el vehículo con el material adecuado para cada incidente.
5. Acudir con un vehículo sin rotativos ni prioritarios desde el punto de atención continuada hasta el lugar del incidente (que puede estar en otro pueblo)

Por lo expuesto anteriormente al acudir los primeros, Guardia Civil se ve obligada a realizar una actuación de soporte vital básico durante unos 10-12 minutos (hasta la llegada del equipo sanitario) para los que muchas veces la formación recibida esta desactualizada y es muy limitada .Dándose casos en los que por el volumen de las promociones, ni siquiera han tenido la oportunidad de realizar prácticas de RCP.

La detección del problema ha surgido de los propios compañeros de guardia civil, que en las últimas actuaciones nos han planteado el poder formarles en esta materia

Estos primeros minutos, con una atención correcta son vitales, ya que en una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, en una parada cardio-respiratoria ... además de mejorar el pronostico de nuestra atención pueden salvar la vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer los distintos niveles asistenciales y su disponibilidad en el medio rural.
Conocer los procedimientos de activación y el tiempo estimado de llegada de los recursos sanitarios.
Conocer los recursos sanitarios de cada zona.
Reconocer signos y síntomas de alerta y actuación inmediata
Conocer la secuencia actualizada de actuación en parada cardiorespiratoria
Demostrar mediante examen práctico la correcta actuación ante parada cardiorespiratoria
Conocer la funcionalidad y demostrar mediante práctica la correcta colocación del paciente en posición lateral de seguridad
Demostrar mediante practica la correcta actuación ante obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Demostrar mediante práctica la correcta colocación y conocimiento del funcionamiento de un desfibrilador semiautomático.

MÉTODO

El curso se desarrollara en un modulo presencial de 8 h de duración divididas en dos dias:

Un primer día 5 horas en el que se realizara:

- Una primera parte teórica en la que aprenderán técnicas y conocimientos de Soporte vital básico, posición lateral de seguridad, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
- Una segunda parte en la que llevaran a la práctica mediante casos clínicos lo aprendido anteriormente

Un segundo día 3 horas en el que se realizara:
práctica con casos clínicos

INDICADORES

Realizaremos un práctico antes y después de las clases para conocer si se han mejorado los conocimientos y el aprendizaje ha sido fructifero

El examen consistirá en un tipo tes de 10 preguntas con una sola respuesta verdadera.

También se realizara un examen práctico siguiendo los algoritmos ERC en atención de pacientes en Parada Cardiorespiratoria

DURACIÓN

El curso durara 8 horas y se realizara en función de los horarios que nos indique comandancia, siendo posible la sectorización en 2 días

El proyecto abarca toda la provincia de Teruel lo que implica que por volumen de alumnos la duración seria de junio de 2018 a junio de 2019 (un año)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0295

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN C.S. DE CELLA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR GIL VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CERESUELA LOPEZ AMELIA
HERNANDEZ RODRIGEZ MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GRACIA ORTIZ FERNANDO
GARCIA MONCLUS AMPARO
GARCIA LOZANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo se realizo una sesion clinica sobre Epoc, haciendo enfasis en los factores de riesgo, sobre todo el tabaquismo y la importancia de detectarlo en pacientes mayores de 15 años.
-En la misma sesion se hizo un taller practico del manejo de espirometro del centro y se realizo una espirometria .
Cada profesional del centro revisó sus listados en el cuadro de mandos del acuerdo gestion: intervencion del tabaco, deteccion de tabaco, prevalencia de epoc, epoc sintomas y epoc vias aereas.
- De la cartera de servicios se saco la lista de pacientes dependientes del tabaco de cada profesional y se selecciono los que tenian entre 40 y 80 años.
-Se han revisado tratamientos de pacientes con inhaladores y si estaban asociados a episodios correctos.
_Enfermeria se hace cargo de realizar las espirometrias de su cupo y se citan en la sala de espirometria.
_ Se coloco en la sala de urgencias donde se realizan las espirometrias una hoja informativa de como realizar espirometrias para falicitar su realizacion.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-La Prevalencia de EPOC en C.S de Cella en febrero del 2019 era del,517% y en diciembre del 2019 :2.50%
-El porcentaje de pacientes fumadores a quienes se les ha realizado la intervencion sobre tabaquismo en febrero del 2019 era de 69,57% y en diciembre 2019 se consiguio el 75.43%.
- El porcentaje de pacientes mayores de 15 años a quienes se les ha preguntado por el consumo del tabaco, en febrero del 2019 era del 33,63% y en diciembre 2019: 56.47%
-El porcentaje de fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una espirometria en C.S de Cella ha sido de un 6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La prevalencia de EPOC en C.S. de Cella ha aumentado un 1%
El porcentaje de pacientes fumadores a quienes se le realizo la intervencion sobre el tabaquismo aumento un 5,86 %
El porcentaje de pacientes mayores de 15 años a quienes se les ha preguntado por el consumo del tabaco aumento un 22,84% .
El numero de espirometrias realizadas han sido 20

Debido a que en los consultorios locales no estan dotados de espirometros y que muchos pacientes a los que se les ofrece la espirometria en el centro de Salud no pueden o no les va bien desplazarse para realizarla, el nº de espirometrias realizadas ha sido menor del esperado.

Se acuerda por parte del equipo desplazar el espirometro a los consultorios locales para realizar espirometrias una semana al mes para facilitar su realizacion a los pacientes .

Como el resultado obtenido no ha sido el deseado, se acuerda por parte del equipo seguir con este proyecto y realizar una nueva valoracion de los indicadores a los 6 meses y al año.
Se realizara una nueva sesion clinica y puesta en comun de los problemas detectados en el seguimiento de dicho proyecto

7. OBSERVACIONES.

_ En dos ocasiones, durante la realizacion de espirometrias, los pacientes han sufrido un sincope y la prueba se tuvo que suspender, revisando la historia clinica de dichos pacientes la espirometria no estaba contraindicada.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/295 ===== ***

Nº de registro: 0295

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0295

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN C.S. DE CELLA

Título
MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN EL C.S. DE CELLA

Autores:
GIL VALERO MARIA PILAR, CERESUELA LOPEZ AMELIA, COSCULLUELA ABADIA ANGEL, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA, GARCIA LOZANO CARMEN, GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable. Los síntomas son poco relevantes hasta que la enfermedad esta bien establecida y los fumadores normalizan sus síntomas con poca motivación para el abandono del tabaco. Con frecuencia es subdiagnosticada o diagnosticada de forma incorrecta y por lo tanto no tratada. En el Centro de salud de Cella la prevalencia de la EPOC registrada es del 0.377 y la estimada es del 16.7% de ahí la importancia de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar el diagnostico de EPOC en el C.S. De cella
-Garantizar en adecuado seguimiento de la poblacion con factores de riesgo para desarrollar EPOC.
-Tabaco: fumadores activos/pasivos
-Factores endogenos: Hiperreactividad bronquial, infecciones infancia, asma cronica,
-Factores ambientales: contaminacion.etc.
-Garantizar un adecuado seguimiento a los pacientes diagnosticados de EPOC

MÉTODO
-Sesion clinica sobre EPOC a cargo de un miembro del equipo.
-Taller practico sobre realizacion de espirometrias y diagnostico de EPOC.
-Sesion clinica sobre el registro de las intervenciones realizadas en los pacientes EPC y fumadores.
_Revision de las historias clinicas de pacientes con episodios de Bronquitis cronicas, asma bronquial y enfisema.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes fumadores a quienes se les ha realizado la intervencion sobre tabaquismo.
-Porcentaje de pacientes >de 15años a quienes se les ha preguntado por consumo de tabaco.
-Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80años a los que se les realiza una espirometria.
_Prevalencia de EPOC en C.S. De Cella al final del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto se comienza en marzo 2019 y la duracion prevista para la revision de resultados es de un año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1265

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAVARRO RUEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMSKY SUMSKY SERGIO
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO
MAICAS MAICAS FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mediante una reunión informal previa a la elaboración del proyecto de educación en diabetes se comunicó a los compañeros del centro, así como a los respectivos coordinadoras médico y de enfermería la intención de la puesta en marcha de una intervención comunitaria con la población diabética incluida en la cartera de servicios. Puesto que creíamos conveniente empoderar a dicha población proporcionando conocimientos y habilidades en cuanto a los cuidados esenciales de su enfermedad.
Para ello empezamos con la extracción de listados de pacientes de Cella incluidos en el programa de atención al paciente diabético lo cual nos facilitó la administrativo del centro a través de Cartera de Servicios del Sistema de Salud.

-Captación:

Se realizó por convocatoria individual por aviso vía telefónica a partir de los listados previos de diabéticos. Se instaba la posibilidad de asistir a pacientes, familiares o cuidadores principales, animando a participar sin que sintieran forzados. Por este motivo se hizo de esta manera individualizada para que no quedara población no avisada.

-Preparación de material:

Elaboramos una encuesta que constaba de 11 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con 4 posibles respuestas, las cuales se pasaron antes y después de la charla.
Confeccionamos material en forma de PowerPoint con imágenes claras e ilustrativas y texto que hacían más atractiva la sesión. Este material se elaboró durante el mes de mayo.
Al finalizar la charla entregamos a cada asistente un material básico en forma de tríptico explicativo que sustentaba por escrito la información oral recibida (alimentos más o menos recomendados para el control de la enfermedad).
Contactamos con el Ayuntamiento de Cella para que nos facilitaran el acceso a una sala para impartir dichas sesiones, a lo que accedieron sin ninguna objeción.

-Realización de las sesiones:

Cambiamos del criterio en cuanto al número de sesiones a realizar por grupo, por lo que se pasó a realizar una sola sesión por grupo, debido a la falta de disponibilidad de los pacientes convocados, ya que corríamos el riesgo de no poder finalizar el proyecto por falta de asistencia.
Se realizaron 4 sesiones de 45 min de duración con fechas:

28 de junio de 2019 a las 12:30
05 de julio de 2019 a las 10:00
10 de septiembre de 2019 a las 13:00
04 de noviembre de 2019 a las 09:30

Las charlas versaron sobre:

tipos de diabetes
importancia global
recomendaciones dietéticas
ejercicios
cumplimiento terapéutico
complicaciones de mayor importancia

Las sesiones fueron impartidas por un médico y un/a enfermero/a de modo que cada pareja de profesionales impartieron 2 sesiones: en junio/septiembre y en julio/noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El conocimiento de los pacientes sobre el tema se evaluó mediante el test, que se pasó al inicio de la charla y al final de la misma. De este modo valoramos la efectividad de nuestra intervención mediante la resta de los resultados antes-después.

Se restaron los resultados del test al principio y al final, se calculó la media global de la diferencia y se desglosaron las cifras por sexo. Para todas las cifras calculamos intervalos de confianza al 95%.

Indicadores:

-el porcentaje de asistencia de los pacientes respecto a la población diana fue del 51/162=31,5%.
-la mejora promedio entre los dos test (antes-después) fue 1,19 preguntas IC 95% (0,67-1,7) p<0,05 globalmente.
-desglosado por sexo: 1,84 preguntas IC 95% (0,67-2,42) para las mujeres y 0,8 preguntas IC 95% (0,2-1,39) para varones. Ambos estadísticamente significativos y sin diferencias entre ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1265

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

No obstante, debido a las características reseñadas de la población (edad media elevada y posiblemente bajo nivel de estudios) la mejora de antes-después nos parece meritorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el programa tuvo un impacto y unos resultados bastante aceptables y los resultados apoyan que los asistentes mejoraron el conocimiento de su enfermedad. Aunque hemos detectado que hay también problemas de atención y cognitivos en este tipo de pacientes con una edad media elevada (son la mayoría de diabéticos tipo 2).

Mejoramos nuestra accesibilidad y cercanía para plantearnos cualquier duda en ese momento como en cualquiera que pueda surgir en el tiempo.

Se detectó una dificultad en la disponibilidad de los asistentes ya que no parece haber cultura de educación para salud en la población. Aun así tuvimos 4 grupos y una asistencia global de 31,5% de la población diana siendo población de diabéticos de 162 pacientes.

Concluimos que la actividad ha sido satisfactoria de modo global tanto para los pacientes que así nos lo hicieron saber como para nosotros mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1265 ===== ***

Nº de registro: 1265

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

Autores:
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE, SUMSKY SUMSKY SERGIO, HERNANDEZ DIAZ ROGELIO, MAICAS MAICAS FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE MODO QUE INCIDA POSITIVAMENTE EN EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE EL INICIO DE NUESTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CELLA VENIMOS DETECTANDO UN DÉFICIT DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ESENCIALES EN NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS; SIENDO ESTA ALGO FUNDAMENTAL PARA EL AUTOCUIDADO Y MANEJO DIARIO. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE SERÍA CONVENIENTE DESARROLLAR UN PROGRAMA QUE MEJORE EL CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN CUANTO A LOS PILARES BÁSICOS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD (DIETA, EJERCICIO Y MEDICACIÓN).

RESULTADOS ESPERADOS

- POTENCIAR LA CULTURA DE MEJORA DE CALIDAD DE NUESTRO EQUIPO.
- MEJORAR LA CALIDAD DE LA VIDA DE LA POBLACIÓN DIANA, POTENCIANDO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ESPECIALMENTE REFERENTES A ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.
- MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN NUESTRA ZONA DE SALUD.
- PROPORCIONAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA QUE EL PACIENTE SEA UN INDIVIDUO CAPAZ, ACTIVO Y AUTÓNOMO RESPECTO AL CUIDADO DE SU DIABETES.

MÉTODO

- CAPTACIÓN: EN UNA PRIMERA ETAPA REALIZAREMOS LA CAPTACIÓN DE LOS USUARIOS DIABÉTICOS MEDIANTE LA GENERACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1265

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

DE LISTADOS ATRAVÉS DEL PROGRAMA OMI-AP.

- CONTACTO: POSTERIORMENTE SE CONTACTARÁ CON LOS PACIENTES VÍA TELEFÓNICA Y SE CREARÁN GRUPOS DE APROXIMADAMENTE 10 PERSONAS CON AQUELLOS QUE ACCEDAN A PARTICIPAR DE MODO ACTIVO EN EL PROGRAMA.
- SESIONES PROGRAMADAS: SE LLEVARÁN A CABO DOS SESIONES DE 45 MIN EN CADA GRUPO DURANTE DOS SEMANAS CONSECUTIVAS: LA PRIMERA SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE LA DIABETES Y LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN; LA SEGUNDA VERSARÁ SOBRE EJERCICIO FÍSICO Y LA NECESIDAD DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

INDICADORES

- PORCENTAJE DE ASISTENCIA ENTRE LOS PACIENTES CONVOCADOS AL INICIO Y LOS QUE FINALIZAN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN.
- VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INDIVIDUALES Y SENCILLAS QUE LOS PACIENTES TENDRÁN QUE CONTESTAR AL INICIO DE LA PRIMERA SESIÓN Y AL FINAL DE LA SEGUNDA, DE ESTE MODO VALORAREMOS LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO PROGRAMA, ASI COMO DETECTAREMOS POSIBLES TEMAS DE INTERÉS FUTUROS Y SU GRADO DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN

- ACCESO A LOS LISTADOS DE DIABETICOS DE NUESTRA ZONA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE ABRIL.
- ELABORACIÓN DE CUESTIONARIOS PREVIOS Y POSTFORMACIÓN, ASI COMO PREPARACIÓN DEL MATERIAL AUDIOVISUAL NECESARIO EN LA PRIMERA QUINCENA DE MAYO.
- CONVOCATORIA POR GRUPOS HOMOGÉNEOS Y CONFIRMACIÓN DE AISTENCIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE MAYO.
- INICIO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS JUNTO CON LAS ENCUETAS DE VALORACIÓN INICIAL EN MES DE JUNIO.
- FINAL DEL PROYECTO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LA ENCUESTA FINAL EN MES DE NOVIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0463

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE DOMINGO FERRERAS GASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AGUADO MARIA ANGELES
ASCOZ HERRANDO CARLOS
ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES
GOMEZ CADENAS CONCEPCION
RUIZ DOMINGO ROSA
SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA
NAVARRO ROMAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos creado el blog mediante la plataforma Blogger de Google para crear un vínculo digital entre el Centro de Salud y nuestros pacientes.

Se ha promocionado la creación del blog mediante carteles que se colgaban por el centro de salud y los consultorios. También se ha dicho de boca a boca a los pacientes. Se ha avisado al ayuntamiento para que cooperen con divulgación.

Hemos aprovechado el empuje de las redes sociales y hemos creado un perfil de facebook en donde hemos conectado con más de 700 seguidores y hemos promocionado el Blog por esa vía.

Se ha creado el correo electrónico csmonrealdelcampo@gmail.com que hemos vinculado al Blog y la cuenta de facebook. Lo hemos utilizado entre todos para colgar los artículos del Blog y para posibles quejas o sugerencias.

Se han realizado reuniones de equipo para informar sobre la existencia del Blog, organizaros para publicar temas de interés para la comunidad y dar promoción entre todos al Blog.

Hemos realizado una encuesta aleatoria preguntando a los usuarios del centro su valoración del Blog como parte de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido tres de los cuatro objetivos planteados en la memoria inicial (impartir educación sanitaria en la comunidad, disminuir la distancia existente de nuestros pacientes al acceso a la información de salud y crear un enlace virtual entre el Centro de Salud y los pacientes).

El cuarto objetivo (resolver dudas sobre temas de salud) no ha sido posible porque a pesar de estimular a los pacientes a que opinen y expongan dudas solo tres personas nos escribieron por facebook y en el blog para felicitarnos, pero ninguno consultando una duda.

Hasta la fecha se han realizado 15 entradas sobre temas de salud que puedan interesar a nuestros pacientes en el Blog.

La entrada más vista es "Autocontrol de la tensión arterial" con 229 visitas, seguida muy de cerca de "Omeprazol, la protección gástrica mal entendida" con 227 y la tercera es "picadura de insectos" con 171.

En términos globales hasta el día 24 de Enero de 2020 hemos tenido 1.937 visitas al Blog. De las cuales la mayoría provienen de España, pero algunas son de Estados Unidos, Ecuador, República Dominicana, India, México o Irlanda.

Hemos realizado encuestas aleatorias a nuestros pacientes para y se ha obtenido que la media de edad rondaba los 73 años, de los cuales el 51% fueron mujeres.

De todos los que llenaron la encuesta el 41,9% utilizaba Internet, pero solamente un 19,3% ha visitado alguna vez el Blog y ha valorado su utilidad en un 4,1 sobre un total de 5.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El hecho de reunirnos para hablar sobre el Blog ha hecho que algunos de los profesionales del Centro de Salud se estimulen a proponer temas de interés para nuestros pacientes. Nuestra valoración final tiene un sabor agri dulce, ya que pocos pacientes han visitado el Blog, pero los que lo han hecho nos han valorado positivamente. Hemos constatado que realmente existe una dificultad añadida para la población rural al acceso a la información de Salud por el hecho de vivir en un entorno rural y ser una población predominantemente envejeciente. A pesar de haber promocionado activamente el Blog las visitas han sido muy inferiores a lo esperado.

Hemos tenido dificultades de comunicación porque a mitad de proyecto y tras llamamiento de interinidades,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0463

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

traslados y OPE se ha desintegrado prácticamente la mitad de la plantilla del Centro de Salud, dificultado así las reuniones y el seguimiento al Blog.

Creemos que falta mucho por hacer para digitalizar el entorno rural por parte de empresas y políticos, factor clave en el desarrollo de este tipo de proyectos. La falta de relevo poblacional, dispersión y los múltiples factores que afectan a la población rural de nuestro país dificultan la tarea de profesionales como nosotros para implantar proyectos como este.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/463 ===== ***

Nº de registro: 0463

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Autores:
FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO, ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES, GOMEZ CADENAS CONCEPCION, COSCULLUELA AISA MARIA, RUIZ DOMINGO ROSA, NAVARRO ROMAN CARMEN, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las actividades preventivas y patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes del entorno rural presentan múltiples desafíos y desventajas respecto a los pacientes del entorno urbano. Uno de ellos es la falta de acceso a la información, así como formación sanitaria continua en busca de mejorar la prevención y los autocuidados necesarios en el manejo de sus patologías. Por ende esto influye directamente en una baja educación sanitaria y disminución de la salud.

Una herramienta fundamental de nuestra era y que ha cambiado el mundo es el acceso al Internet desde cualquier región, el cual nos abre a un mundo infinito de información y posibilidades. Por ello en el sector de la Salud debemos aprovechar ese empuje y colarnos para ofrecer a nuestros pacientes las herramientas e información que necesitan de forma rápida, fácil, gratuita y disponible para todos sin importar la dispersión geográfica.

Por todo esto nos hemos planteado implementar una herramienta digital que no teníamos en nuestra comarca: un Blog de salud. Es un instrumento muy efectivo para hacer llegar a las personas la información que creemos que deben conocer, sabiendo los buenos resultados obtenidos en otros Centros de Salud.

Daremos máxima difusión al Blog para que se convierta en una herramienta de contacto directo entre nuestros pacientes y el Centro de Salud. De modo que podamos compartir temas de Salud y actividades relacionadas con la Salud para todos los pacientes de nuestra comarca.

RESULTADOS ESPERADOS
Impartir educación sanitaria en la comunidad
Disminuir la distancia existente de nuestros pacientes al acceso a la información de salud
Resolver dudas sobre temas de salud
Crear un enlace virtual entre el Centro de Salud y los pacientes

MÉTODO
Actividades: se publican en el Blog cualquier actividad de promoción a la salud que se haga en la Comarca que sean realizadas por el equipo de atención primaria o por otras instituciones relacionadas con la salud.
Oferta de servicios: cada 15 días colgaremos un tema sobre prevención, autocuidado o enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje fácil y dirigido a nuestra comunidad.
Añadiremos un código QR para ampliar las vías de acceso al Blog.

INDICADORES
Contaremos el número de visitas al Blog para valorar el impacto y acogida en la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0463

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para evaluar el grado de conocimiento y satisfacción con el Blog.

DURACIÓN

Crearemos el Blog para que esté operativo en Marzo 2019.

Promocionaremos mediante carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

Insistiremos en que todos los componentes del EAP promocionen verbalmente la existencia del Blog.

Solicitaremos ayuda a los ayuntamientos para mejorar la difusión en toda la comarca.

Se prevé un tiempo de prueba de un año, en el que valoraremos el impacto de visitas, resultado de encuestas y retroalimentación recibida por los pacientes.

OBSERVACIONES

Dijo una vez Bill Gates: "quien no está en internet no existe". Por eso creemos que el Centro de Salud de Monreal del Campo tiene que estar presente en la Web y explotar ese canal de información para beneficio de todos nuestros pacientes. La era de papel es casi cosa del pasado, por lo que tenemos que hacer un esfuerzo para que los conocimientos lleguen de forma más fácil y cómoda a nuestros pacientes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0481

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ESCRICHE AGUILAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AGUADO MARIA ANGELES
FERRERAS GASCO DOMINGO
ZAFRA CORELLA FRANCISCA
NAVARRO ROMAN MARIA CARMEN
GOMEZ CADENAS CONCEPCION
GOMEZ PEREZ MARIA JOSE
DOMINGO MAICAS OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El comienzo de la actividad no fue posible el mes de abril como estaba previsto . Comenzó en mayo fué desarrollada dos días por semana durante los dos periodos. La información se facilitó a la población interesada mediante nuestra Web del blog del c.s. y también a través de carteles distribuidos por lugares estrategicos de la población. Así mismo se realizó captación en consulta de personas con patología crónica.

el 21% de los participantes fueron captados en consulta medica/enfermeria, 17% conocieron la actividad a traves de los carteles y el 62% restante, a traves de otras personas. Solo una persona lo conoció en la web.

Merced a la colaboración del Ayuntamiento de Monreal, contamos con apoyo de un monitor en la segunda etapa, en la que parte de los componentes del proyecto tuvieron que trasladarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la evaluación de los objetivos marcados, mediante los indicadores programados en el proyecto, diseñamos dos tipos de encuestas, una inicial para conocer edad/ sexo - modo de captación- patología crónica- hábito previo de caminar, y otra encuesta final para evaluar el grado de asiduidad - percepción de beneficios - grado de satisfacción.

El nº total de personas que realizaron la encuesta inicial fue 47 personas, que corresponden al 10,04% de la población de > de 65 años de Monreal. De ellos, 91% son mujeres (43) y 0,85% hombres (4). Respecto a la edad, un 68% está entre los 65 y 70 años, 0,4% entre los 75 y 80 años. 0,4% es mayor de 80 años y 23,4% personas menores de 65 años, que estuvieron interesadas en la actividad, a pesar de no estar previsto inicialmente.

EL 74% de los encuestados comunicaron padecer algun tipo de nefermedad crónica.

Mediante los registros de cada paseo, calculamos que la media de paseantes de la 1ª etapa fué 13 y la media de la segunda etapa 20.

La encuesta final, que realizaron 29 personas, refleja que 69% participaron en mas de 8 paseos, 19% de 6 a 8 paseos y el 12% de 1 a 5 paseos.

En cuanto a la percepción de beneficios, 34% de los encuestados refieren mejora respecto a la salud, 62% mejora de relaciones sociales y 51% mejora de estado de ánimo.

El 100% de los participantes de la encuesta final refiere un grado de satisfacción de 8-10 en escala de 1 a 10 y el 89% de ellos refieren estar estimulados para continuar incluyendo los paseos en su rutina diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad ha sido gratificante para los profesionales que hemos participado. Creemos que, para comenzar, han sido buenos resultados.

No hemos querido discriminar a las personas menores de 65 que han querido aprovecharse de la actividad por una u otra razón, pero nos proponemos preferiblemente la captación de más personas mayores y con patologías.

Programaremos la continuidad del proyecto para el próximo año, mientras tanto, los paseantes pueden continuar realizando la actividad con el monitor .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/481 ===== ***

Nº de registro: 0481

Título
MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0481

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO, NAVARRO ROMAN CARMEN, GOMEZ PEREZ MARIA JOSE, ZAFRA CORELLA FRANCISCA, FORMENTO TORRES MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sedentarismo es factor de riesgo común en varias enfermedades como saludables, conduce al aumento de patologías crónicas como obesidad y arteriosclerosis.
Puesto que la inactividad física es mucho más prevalente en personas mayores, hemos pensado organizar paseos saludables dirigidos a ellos, tutelados por personal sanitario de nuestro equipo, con el propósito de lograr que, al tiempo que aprendan a disfrutar de esta actividad, puedan beneficiarse de consejos de vida saludable.
Al margen de los beneficios físicos, la actividad regular contribuye a la mejora del estado de ánimo y la autoestima. A esto hay que añadir el fomento de las relaciones sociales que genera caminar en grupo. hipertensión arterial o diabetes. Unido éste a la carencia de otros hábitos
El disfrute de los parajes naturales de su entorno al aire libre supone también un acicate para estimular este buen hábito.

RESULTADOS ESPERADOS

- Experimentar los beneficios del ejercicio físico
- Motivar una actividad al aire libre agradable y saludable
- Promover hábitos saludables mediante la educación impartida durante los paseos
- Disminuir el aislamiento social
- Favorecer las relaciones interpersonales
- Aumentar el grado de satisfacción y bienestar de las personas participantes

MÉTODO

La captación de las personas se hará mediante la página web de nuestro centro de salud, por un lado, y por otro, a través de la captación en consulta y mediante carteles informativos, que serán distribuidos por la zona. Contamos para ello con la colaboración del ayuntamiento de Monreal, que pondrá también a nuestra disposición un monitor/a que será útil para apoyarnos y para garantizar la continuidad del proyecto.
La actividad consistirá en paseos de marcha moderada, de acuerdo con la condición física del grupo, de alrededor de una hora de duración con algún periodo de descanso.
Se planificarán diferentes rutas adecuadas al grupo. Los paseos tendrán lugar martes y jueves por la tarde durante dos periodos : Abril-mayo-junio y septiembre- octubre-noviembre.
Un profesional sanitario del equipo tutelará las caminatas y aprovechará para introducir educación en hábitos saludables o solucionar dudas o demandas de información que se planteen.
Según el número de participantes y características de capacidad física, puede valorarse hacer varios grupos.

INDICADORES

Realización de encuestas anónimas, al comienzo del proyecto y al finalizar cada paseo, que recojan los datos de interés y valoren la satisfacción de los participantes y nos sean útiles para la posterior realización de análisis de datos y sugerencias.

INDICADORES:

- Número de participantes en cada paseo/población total a la que va dirigida la actividad.
- Edad-sexo
- Número de participantes con alguna patología crónica, como HTA-Diabetes-Obesidad/ número total de participantes en la actividad.
- Número de participantes al inicio de la actividad/ número de participantes en las últimas caminatas- Grado de asiduidad.
- Grado de percepción de mejora física y psíquica y en que aspectos
- Grado de satisfacción personal
- Grado de estimulación para continuar incluyendo los paseos en su día a día

DURACIÓN

Está previsto que la actividad sea dos días por semana, con una hora de duración y en dos etapas trimestrales:
Abril-mayo-junio y septiembre-octubre-noviembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0481

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0319

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIO BURILLO LAFUENTE

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CS MORA DE RUBIELOS
- Localidad MORA DE RUBIELOS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- + Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial (medicina, enfermería) sobre fragilidad, ancianidad y caídas, rol de la fisioterapia y contenido clínico-práctico del proyecto (octubre de 2019).
- + Confección de los libretos informativos individualizados, soporte físico para el correcto seguimiento del plan de intervención a domicilio y en el propio centro por parte de los pacientes (octubre de 2019 a enero de 2020)
- + Solicitud y obtención de permisos de uso de instrumentos de medición de calidad de vida (EQ-5D-5L) (noviembre de 2019).
- + Conformación de grupos de pacientes para trabajo grupal, incluyendo valoración funcional (riesgo de caídas, marcha) y calidad de vida (noviembre de 2019)
- + Valoración fisioterápica final y entrega de recomendaciones de ejercicio y actividad física al alta (enero de 2020)
- + Recordatorio puntual múltiple a personal del equipo médico sobre criterios de derivación e inclusión de pacientes en programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde octubre de 2019 se realizaron 5 derivaciones para valorar inclusión en el programa (3 de Cabra de Mora -60% y 2 de Alcalá de la Selva -40%-), con una proporción del 100% de mujeres, con edades comprendidas entre 68 y 100 años. Entre ellas y tras realizar la valoración inicial (noviembre 2019), se determinó que 4 (80%) pacientes cumplían criterios de selección y se les invitó a participar. De estos, el 50% (2 pacientes) declinó su inclusión en el programa alegando imposibilidad para desplazarse por sus propios medios al Centro de Salud.

Todas las participantes (100%), con una media de 75 años, han completado más del 85% de las sesiones presenciales (mínimo 14/16, máximo 15/16) logrando los objetivos marcados, pero la mitad de las pacientes (50%) no realizó de forma regular la pauta de ejercicio domiciliaria, alegando problemas socio-familiares.

Inicialmente las pacientes lograron: test de equilibrio (3/4 mínimo, 4/4 máximo), velocidad de la marcha 3 metros (2/4 mínimo -5,39 segundos-, 3/4 máximo -3,68 segundos-), test de levantarse de la silla (3/4), velocidad de la marcha en 6 metros (0,69 m/s mínimo, 0,97 m/s máximo), Timed Up & Go (11,21s mínimo, 13s máximo) y calidad de vida (movilidad 2-3, autocuidado 2-3, actividades cotidianas 3, dolor/malestar 3, ansiedad/depresión 1-2, VAS 50-74)

Finalmente las pacientes lograron: test de equilibrio (4/4), velocidad de la marcha 3 metros (3/4 mínimo -3,78 segundos-, 4/4 máximo -3,40 segundos-), test de levantarse de la silla (3/4), velocidad de la marcha en 6 metros (0,70 m/s mínimo, 0,97 m/s máximo), Timed Up & Go (10,99s mínimo, 14,63s máximo) y calidad de vida (movilidad 2-3, autocuidado 2, actividades cotidianas 2, dolor/malestar 2-4, ansiedad/depresión 1, VAS 80-95).

Durante el periodo de intervención, las pacientes no sufrieron ninguna caída (0%). Sin embargo, no se observaron diferencias al respecto entre las pacientes participantes y las no participantes. Este misma circunstancia se reproduce respecto a las fracturas de cadera (0% de diferencia), no habiéndose producido ninguna en el periodo observado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Globalmente las pacientes han mejorado su puntuación en el SPPB en 1-2 puntos (8,3-16,6% mejora), cambiando a fin de entrenamiento su fenotipo del grupo C al D y reduciendo por tanto su riesgo objetivable de caída. También han mejorado su calidad de vida en 2 puntos -8% mejor- (imputable a las áreas de autocuidados, actividades cotidianas y ansiedad/depresión). Se ha observado una mejora muy significativa en la percepción del propio estado de salud, con una mejora de entre 6 y 45 puntos (sobre 100).

Sin embargo, y debido al limitado número de participantes, sería aventurado determinar el grado de eficiencia económica o la efectividad en la disminución del número de caídas, defunciones y fracturas. Se hace necesaria una mejor y más intensa colaboración entre los integrantes del equipo asistencial para el desarrollo de la actividad, susceptible de mejoras en el procedimiento de captación y derivación. Así mismo y de replicarse la experiencia, en el futuro sería recomendable aumentar los plazos para la ejecución de las diversas tareas que han conformado el proyecto disponiendo de más de 12 meses; la realización del seguimiento se ha visto comprometida por esta circunstancia.

En línea con la evidencia disponible (por ejemplo en materia de rehabilitación respiratoria y cardíaca), durante la realización del proyecto se ha hecho manifiesto que, para un acceso justo y equitativo al servicio de salud y particularmente al de fisioterapia en Atención Primaria, se debe disponer de los medios físicos y económicos -transporte sanitario o colectivo, por ejemplo- que faciliten la asistencia y adherencia a los programas y atenciones dispensadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0319

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

Así mismo, se ha constatado la necesidad de un rediseño en los planes de intervención haciendo énfasis en el empoderamiento y autonomía del paciente para gestionar sus problemas de salud, facilitando la adherencia al tratamiento y disminuyendo al mismo tiempo la carga de trabajo del personal sanitario involucrado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/319 ===== ***

Nº de registro: 0319

Título
ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

Autores:
BURILLO LAFUENTE MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Para que el envejecimiento sea una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La OMS utiliza el término «envejecimiento activo» para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

En estrecha relación con este concepto se encuentran el de fragilidad y el positivo impacto que tiene el ejercicio físico en la prevención primaria y secundaria de la misma. La fragilidad se entiende como un estado clínico que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar dependencia y/o aumentar la mortalidad cuando es expuesto a un factor de estrés. Puede ser el resultado de una serie de enfermedades y condiciones médicas, y su evolución hacia la discapacidad puede ser retrasarse o evitarse si se identifica y maneja precozmente.

Las caídas, entendidas como el evento caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el suelo, sin una previa pérdida de conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional, constituyen uno de los principales riesgos desencadenantes de una situación de fragilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
En todos los casos, referente a personas mayores de 65 años con antecedente de caída en el último año en la zona de salud.
+ Aumentar la fuerza de la musculatura periférica.
+ Disminuir el número de caídas tras la intervención de fisioterapia.
+ Disminuir el número de defunciones por causa relacionada con caídas.
+ Disminuir el número de fracturas de cadera tras la intervención de fisioterapia.
+ Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

MÉTODO
+ Realización de valoración inicial y final de riesgo de caídas, calidad de vida y marcha por fisioterapia.
+ Programa de intervención de fisioterapia de 2 sesiones grupales semanales durante 8 semanas.
+ Revisión de Historia Clínica Electrónica a los 6 meses siguientes a fin de intervención en busca de registros relacionados con caídas, defunciones o fracturas.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial previo a inicio de intervenciones sobre las caídas, la fragilidad y la ancianidad, sus posibles abordajes y el rol de la fisioterapia.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0319

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- + pacientes derivados que participan en el programa y completan 10 o más sesiones (objetivo: >85%)
- + caídas en pacientes participantes en el programa vs. no participantes (objetivo <10%)
- + porcentaje de fracturas de cadera en pacientes participantes en el programa vs. no participantes (objetivo <5%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP e Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

DURACIÓN

Inicio 2º trimestre 2019 y finalización 2º trimestre 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0237

1. TÍTULO

DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARCOS TENA CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAS GUILLEN VALERIANO
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el año en consulta se van repasando y rellenando junto al paciente el plan personal, aclarando dudas y haciendo hincapié en la dieta que deben realizar, cuidados de los pies, así como la inspección de los mismos incidiendo en la importancia del ejercicio físico.
Se realiza una reunión de equipo para plantear a todos los miembros del mismo el proyecto que se va a realizar y los objetivos a alcanzar. Se fija la fecha para la realización de las charlas el 15 de Mayo.
Se realizan dos charlas ; una en Mosqueruela al que acuden pacientes y cuidadores, asistiendo un total de 20 personas (12 cuidadores y 8 pacientes).
Se inicia con una lluvia de ideas para promover feed-back y colaboración de los participantes.
Tras ello se expone un powerpoint y para fomentar la participación se construyen una pirámide alimenticia entre todos. Seguidamente se pone un video demo del cuidado de los pies y tras dejar un tiempo de dudas y tiempo de dudas y preguntas se pasa un cuestionario de 10 preguntas con 4 ítems de los cuales sólo uno es verdadero.
En Linares de Mora se realiza la misma sesión por la tarde a la que acuden 15 personas (6 pacientes y 9 cuidadores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mosqueruela: 12 cuidadores: -5.....4 errores

-2..... 0 errores

-3.....5 errores

-2.....1 error

La edad de estos cuidadores está comprendida entre 50 y 60 años.

8 pacientes: -1.....4 errores

-3.....5 errores

-2.....2 errores

-2.....1 error

Linares de Mora: 9 cuidadores: -6.....0 errores

-1.....2 errores

-2.....3 errores

La edad de los cuidadores en esta ocasión va de 55 a 65 años.

6 pacientes: -4.....0 errores

-2.....1 error

Tras solicitud de analíticas a pacientes diabéticos en los primeros 6 meses del año y analítica en Diciembre se

obtienen los siguientes resultados:

JUNIO Mosqueruela: hemoglobina glicosilada 32,35 %, microalbuminuria 9,09%, filtrado

glomerular 6,06 %.

DICIEMBRE Mosqueruela: hemoglobina glicosilada 26,4 %, microalbuminuria 8,82 % y filtrado

glomerular 5,88%.

El % indica pacientes diabéticos con cifras fuera de rango.

JUNIO Linares de Mora: hemoglobina glicosilada 13,33 %, microalbuminuria 13,33 %, filtrado

glomerular 20 %.

, DICIEMBRE Linares de Mora: hemoglobina glicosilada 26,6 %, microalbuminuria 13,33%, filtrado glomerular 6,67 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de las charlas se observa buena colaboración y participación de los usuarios, hay que tener en cuenta que se trata de un centro muy pequeño en el que la población a la que va dirigida este proyecto es longeva con difícil acceso al Centro de Salud en el caso de Mosqueruela y al Ayuntamiento en el caso de Linares de Mora.

7. OBSERVACIONES.

Como se puede observar en los resultados obtenidos se aprecia un aumento de la hemoglobina glicosilada en los pacientes diabéticos en los pacientes de Linares de Mora en la analítica del mes de Diciembre. Se trata de dos pacientes que no se realizaron la analítica en Diciembre por motivos personales.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/237 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0237

1. TÍTULO

DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Nº de registro: 0237

Título
DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Autores:
TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes diabéticos demandan en consulta información sobre alimentación adecuada y cuidados generales para el manejo de su enfermedad. Detectamos que hay materias como la higiene de los pies, la forma de cortar las uñas y la presencia de callosidades, que no son atendidas adecuadamente en estos pacientes. También creemos importante educar sobre la importancia de un calzado y prendas de vestir adecuadas. Además, nos parece interesante hacer hincapié en una dieta adecuada en cuanto a cantidad de hidratos de carbono y su reparto a lo largo del día.

RESULTADOS ESPERADOS
-Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos y adquirir habilidades en el manejo y cuidado de la diabetes.
-Mantener las cifras de Hb1A en rango en los pacientes que presentan buenos resultados y mejorar las cifras de los que no.
-Mejorar las cifras de microalbuminuria actuales así como los valores de filtrado glomerular.

MÉTODO
-Los pacientes diabéticos realizarán un cuestionario/entrevista de 10 preguntas sobre el tema, con 4 posibles respuestas, de las cuales, una será la correcta. sobre el manejo, riesgos, alimentación y medidas higiénico sanitarias de la diabetes.
-Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes.
-Realizaremos una charla con ayuda de un powerpoint, previa lluvia de ideas.
-Crearemos una pirámide alimenticia en colaboración con los asistentes (feed-back).
-Se expondrá un video demostrativo sobre el cuidado de los pies: higiene, cortado de uñas y correcto secado.

INDICADORES
-Se registrará el número de pacientes a los que se les entrega el cuestionario, el número de reuniones realizadas.
-Valorar la mejora de conocimientos de diabetes por medio del test de evaluación.
-Se medirá el cumplimiento del objetivo por medio de analíticas periódicas a este grupo de pacientes.

DURACIÓN
El proyecto comenzará en marzo del 2019 y finalizará en diciembre del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0238

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAS GUILLEN VALERIANO
TENA CAMPOS MARCOS
MONTERO PEREZ ASCENSION
BORNIQUEL AGUDO FERNANDO
SARASA CANTAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una reunión de equipo el 15 de Marzo del 2019 en la que se plantea el proyecto de calidad de atención comunitaria que se va a realizar.

Entre todo el equipo presente en la reunión se confecciona un breve cuestionario con 10 preguntas tipo test todas ellas con 4 items, de los cuales sólo una respuesta es verdadera. Una vez confeccionado se distribuirá entre las personas asistentes a la charla.

El medio de difusión empleado será a través de Mosqueruela informa y en Linares de Mora con carteles en los establecimientos y en el consultorio local.

Se fijan dos fechas; 15 de Mayo en Mosqueruela y 17 Mayo en Linares de Mora, ambas charlas se realizan por la mañana antes de las consultas.

La charla se introduce con una lluvia de ideas para fomentar la participación de los asistentes, seguidamente se expone un power point que incluye la importancia de la realización de ejercicio físico haciendo hincapié en el aumento de utilización de video juegos y youtube entre los niños escolares y adolescentes de la zona.

Se explica a los padres también la importancia de dosificar el tiempo dedicado a estos juegos, ya que potencia el sedentarismo y la obesidad.

Se expone el contenido de una dieta mediterránea saludable y los nutrientes incluidos en la misma.

Trás la exposición que dura 40 minutos se deja un tiempo para preguntas y dudas concluyendo con la entrega del cuestionario tipo test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Mosqueruela asisten 25 personas de edades comprendidas entre 25 y 65 años, todas de sexo femenino.

En Linares de Mora asisten 15 personas, de edades entre 25 y 70 años, de ellas sólo dos varones.

Los resultados son los siguientes:

Mosqueruela; 10 personas.....0 errores

7 personas.....2 errores

5 personas.....1 error

1 persona.....4 errores

2 personas.....3 errores

Linares de Mora; 6 personas.....0 errores

3 personas.....2 errores

4 personas.....3 errores

1 persona.....4 errores

1 persona.....5 errores

Durante la charla el grado de implicación de los familiares es bastante aceptable y colaboran en todo momento. Les interesa mucho la salud de sus hijos y preguntan en varias ocasiones por "el colesterol " ya que en esta zona se dan cifras elevadas de este parámetro en los controles analíticos en la población adulta.

Se comentan también las raciones proteicas que ha de contener la dieta así como el origen de las mismas. (en esta zona no hay pescaderías y las proteínas son casi todas de origen vacuno o de cerdo).

Tras pasar por el colegio y hablar con los profesores nos dicen que un día a la semana los alumnos llevan fruta para desayunar para fomentar la dieta saludable.

De un total de 75 niños de 3 a 15 años que engloba todo el Centro de Salud se extrapolan los siguientes datos de OMI relacionados con el IMC.

Se distribuye por sexo y edad. Se extraen los datos de Mayo y Diciembre de 13 a 15 años. 19 niños obteniendo una mediana de 19,77 de IMC. Y de 14 niñas 25,8 de IMC. Obtenemos aquí datos de sobrepeso en las niñas.

De 6 a 12 años hay 19 niños con una mediana de 19,2 de y de 9 niñas mediana de 20.

Observamos que en esta franja de edad todos los niños se encuentran en normopeso.

Por último en los más pequeños de 3 a 6 años de 6 niñas obtenemos una mediana de 18 de IMC y de 5 niñas un valor de 17,6 de IMC.

En esta edad también se hallan en normopeso.

Los datos son extraídos de OMI en el mes de Diciembre.

En marzo al comienzo del estudio el grupo de edad de niñas de 12 a 15 años tienen

un IMC que alcanza hasta 26. En niñas de 6 a 12 años 21,3 IMC.

Los niños se hallan en normopeso en todas las edades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observa a través de datos recogidos de OMI que las cifras de IMC disminuyen en Diciembre encontrando el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0238

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

normopeso en todas las franjas de edad y sexo llevadas a estudio en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Al inicio del proyecto sólo hay tres miembros del equipo que quieran participar en el mismo, pero tras varias reuniones el grupo de EAC del centro se compromete a la recogida de datos de OMI así como en el estudio final del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/238 ===== ***

Nº de registro: 0238

Título
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Autores:
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, TENA CAMPOS MARCOS, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los padres se desvían de los hábitos saludables de la alimentación y evidencian la necesidad de educación alimentaria para un correcto estado nutricional de sus hijos/as, ya que hemos observado que los niños no realizan las cinco comidas diarias y además se percibe una carencia en el consumo de frutas y verduras frescas en su dieta. Además en controles de peso y talla infantil, se obtienen valores en los indicadores que evidencian un sobrepeso en muchos de ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Concienciar y explicar a los padres de la importancia de una dieta equilibrada en la primeras etapas de la vida para adquirir hábitos saludables, estableciendo unos indicadores acordes a los valores normales para su edad y talla.
-Promoción de la dieta mediterránea combatiendo la publicidad obesígena.
-Incrementar las horas de ejercicio físico semanales.
-Aumentar los conocimientos acerca de la pirámide de los alimentos.

MÉTODO
Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población seleccionada, que consistirán en organizar una charla en la que, previa lluvia de ideas, se introducirá el tema a tratar y se valorarán los conocimientos de los padres respecto a la alimentación saludable. Posteriormente se dará paso a la exposición de un powerpoint explicativo, y se responderán las dudas e inquietudes que se planteen.

INDICADORES
-Se registrará el número de asistentes a las charlas, así como el número de reuniones realizadas.
-Anotaremos los conocimientos adquiridos por los asistentes al finalizar mediante un cuestionario tipo test, con 4 opciones, de las cuales solo una será correcta. El objetivo será recoger un resumen de las ideas principales mostradas en la exposición.

DURACIÓN
El proyecto comenzará en marzo del 2019 y finalizará en diciembre del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0238

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0573

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTIZ VILLANUEVA LOURDES
GOMEZ RAMO RAQUEL
RUBIO SERRANO DOLORES
LATASA LATORRE PILAR
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
CALVO GARCIA FRANCISCO
FUSTER OMEDES ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. SESION INFORMATIVA AL EAP EXPLICANDO PROYECTO, ACTA 1 ABRIL 2019.
2. CAPTACION DE LAS MUJERES SUSCEPTIBLES DE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO: ENTRE 40 70 AÑOS DE FORMA OPORTUNISTA AL VENIR A CONSULTA MEDICA O DE ENFERMERIA DEL EAP DE SANTA EULALIA POR CUALQUIER MOTIVO, SE LES ENTREGA PARA CASA O HACE EN CONSULTA LA SIGUIENTE ENCUESTA:

- NOMBRE, APELLIDOS, POBLACION Y EDAD.
 - INCONTINENCIA URINARIA:..... SI/NO
 - DERIVACION MATRONA....SI/NO.
 - IDENTIFICACION DEL TIPO DE INCONTINENCIA.
 - TIPOS DE INCONTINENCIA: esfuerzo, urgencia, mixta, por rebosamiento, otros.... (a valorar por medico)
 - GRADO DE INCONTINENCIA: LEVE, MODERADO, GRAVE
- NOTA: SE REALIZA DURANTE LOS MESES DE ABRIL A OCTUBRE 2019.

3. LAS MUJERES CON PATOLOGIA DE SUELO PELVICO SE CITAN EN CONSULTA DE LA MATRONA PARA ANAMNESIS Y EVALUACION (desde abril a diciembre 2019).

-CRITERIOS DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO:

- A) SENSACION DE LA MUJER: EXPRESA MEJORIA, EMPEORAMIENTO,...
 - B) TACTO VAGINAL: FUERZA CON LA QUE CONTRAE LA VAGINA ENTRE 0 Y 5.
 - C) DIFICULTAD PARA REALIZAR EJERCICIOS ENTRE 0 Y 2 (NADA, POCO O MUCHA DIFICULTAD RESPECTIVAMENTE).
 - D) ADHERENCIA AL TTO ENTRE 0 Y 3 (NADA, POCO, GRAN ADHERENCIA).
- *SE LES RECOMIENDA VENIR A VALORACION AL MES, 6 MESES Y AL AÑO.
4. EDUCACION GRUPAL PATOLOGIA SUELO PELVICO: SE DIO CHARLA INFORMATIVA EN C.S SANTA EULALIA A LAS 18,00H EL 30 JULIO 2019 CON 24 ASISTENTES Y POSTERIOR CHARLA COLOQUIO RESOLVIENDO DUDAS, COMPARTIENDO IMPRESIONES,...ETC.
 5. CREACION DE AGENDA EN OMI -SALAS SOBRE SUELO PELVICO (A MODO DE CONSULTA MONOGRAFICA) SEPTIEMBRE 2019 Y ALLI SE CITAN A LAS MUJERES EVALUADAS, 3 PACIENTES POR DIA CON carácter RETROACTIVO .
 6. REEVALUACION DE LAS MUJERES según GRADO DE PROLAPSO, INCONTINENCIA HABILIDAD CON LOS EJERCICIOS (NOVIEMBRE A DICIEMBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS MARCADOS DEL PROYECTO:

- 1-.PRINCIPAL: DETECCION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN POBLACION FEMENINA DE SANTA EULALIA. (VER PREVALENCIA: 23%)
POBLACION DIANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA POR CUALQUIER MOTIVO ENTRE 40-70AÑOS. (252)
- 2.SECUNDARIOS: DISMINUIR INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.
MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO.
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD.

*PARTIMOS DE UNA POBLACION DE MUJERES ENTRE 40-70 AÑOS EN C.S SANTA EULALIA según LISTADO OMI FECHA 1 ABRIL 2019: 252 PACIENTES.

*DIAGNOSTICADAS PREVIAMENTE DE PATOLOGIA SUELO PELVICO (CIAP U04 Y X87) A FECHA INICIO DE PROYECTO 1 ABRIL 2019: 25 MUJERES.

*ENCUESTAS REALIZADAS: 52. DE LAS CUALES 34 TIENEN PATOLOGIA SUELO PELVICO (INCONTINENCIA URINARIA) Y 18 SANAS.

*PREVALENCIA DE PATOLOGIA SUELO PELVICO: (ENFERMOS/ TOTAL DE LA POBLACION) $25+34/252= 0,23$. (23%)

*INCIDENCIA: CASOS NUEVOS/ TOTAL DE LA POBLACION $34/252= 0,12$. (12%)

DE LAS 34 MUJERES CON PATOLOGIA SUELO PELVICO DE NUEVO DIAGNOSTICO, ACUDEN A CONSULTA DE MATRONA SOLO 8. (EL 23,5%) DE LAS CUALES 5 SOLO ACUDEN UNA VEZ A CONSULTA Y 3 RESTANTES SON REEVALUADAS HASTA 3 VECES. TODAS (100%) LAS REEVALUADAS REFIEREN MEJORIA EN CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA.
DE LAS INCONTINENCIAS DETECTADAS (8 EN TOTAL), 5 SON DE ESFUERZO, 3 DE URGENCIA Y UNA DE ELLAS YA CON PROLAPSO EN EL MOMENTO DE DIAGNOSTICO. 80% SON LEVES.
POR SUPUESTO LAS MUJERES YA DIAGNOSTICADAS PREVIAMENTE DE INCONTINENCIA SIGUEN EN CONSULTA DE LA MATRONA, HACEN EJERCICIOS Y SON REEVALUADAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0573

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. PATOLOGIA INFRADIAGNOSTICADA E INFRAVALORADA EN LA MUJER, PUESTO QUE SOLO EN ENCUESTA DIRIGIDA RECONOCEN INCONTINENCIA URINARIA, NO SUELEN ACUDIR A CONSULTA POR ESTE MOTIVO.
2. ESCASA VALORACION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO COMO PROBLEMA DE SALUD, PUESTO QUE BAJO PORCENTAJE DE LAS DIAGNOSTICADAS DECIDEN ACUDIR A MATRONA (23,5%). TAMBIEN COMENTAR QUE LA MAYORIA SON INCONTINENCIAS LEVES.
3. ENCONTRAMOS A LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO COMO PROBLEMA ASUMIDO SOCIALMETE DURANTE GENERACIONES EN LAS MUJERES DE DETERMINADA EDAD (SOBRETODAS TRÁS LA MENOPAUSIA).
4. FALTA DE TIEMPO EN CONSULTA DEL PROFESIONAL DE MEDICINA Y ENFERMERIA HACE PASAR POR ALTO ESTE PROBLEMA.
5. MEJORIA DE LA CAPTACION DE MUJERES CON ESTA PATOLOGIA SI EL PROFESIONAL QUE LAS DIAGNOSTICA HUBIERA CITADO ACTIVAMENTE CON MATRONA, SE HAN PERDIDO GRAN MAYORIA DE PACIENTES POR EL CAMINO.
6. HAY QUE SEGUIR INCIDIENDO EN ESTE PROBLEMA DE SALUD PUESTO QUE NOS QUEDAN CASI 200 MUJERES SIN ENCUESTAR.
7. 80% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIOS DE KEGEL MEJORAN INCONTINENCIA SOBRETODAS SI ES LEVE Y DE AHI LA ELEVADA IMPORTANCIA DE LA DETECCION PRECOZ.

7. OBSERVACIONES.

SOLICITAMOS SEGUIR CON EL PROYECTO DE SUELO PELVICO PUESTO QUE QUEDAN 200 MUJERES SIN ENCUESTAR, MEJORIA IMPORTANTE DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN LAS MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIOS DE KEGEL LO CUAL SUPONE UNA MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTAS PACIENTES, DISMINUYE COSTES EN AHORRO DE RECETAS DE PAÑALES, COMPRESAS, CONSULTAS GINECOLOGICAS, DISMINUCION DE ITUS, INFECCIONES GENITALES, PESARIOS,... ETC Y COMPLICACIONES TIPO PROLAPSOS O INCONTINENCIAS GRAVES A LA LARGA.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

Título
PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO SALUD DE SANTA EULALIA

Autores:
SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, ORTIZ VILLANUEVA LOURDES, GOMEZ RAMO RAQUEL, RUBIO SERRANO DOLORES, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, CALVO GARCIA FRANCISCO, FUSTER OMEDES ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
SANTA EULALIA COMPRENDE UNA POBLACION FEMENINA MUY ENVEJECIDA, EN LA QUE ES FRECUENTE LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO COMO INCONTINENCIA URINARIA, PROLAPSO GENITAL, DISPAREUNIA, SEQUEDAD VAGINAL,...
EL DESCONOCIMIENTO GENERAL DE ESTA PATOLOGIA TAN FRECUENTE ENTRE LA POBLACION FEMENINA, REQUIERE UNA LABOR DE INFORMACION CONSTANTE Y REEDUCACION DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PELVICO ASI COMO EL FORTALECIMIENTO DE LA MISMA QUE PUEDE REALIZARSE DESDE LA ADOLESCENCIA. POR ELLO VEMOS MUY POSITIVO LA DETECCION PRECOZ DE ESTA PATOLOGIA EN MUJERES PARA DISMINUIR LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA, PROLAPSO Y MEJORAR CON ELLO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL: DETECCION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN POBLACION FEMENINA DE SANTA EULALIA.
POBLACION DIANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA POR CUALQUIER MOTIVO ENTRE 40-70AÑOS.
SECUNDARIOS: DISMINUIR INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.
MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO.
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD.

MÉTODO
-REALIZACION DE SESION CLINICA AL EAP PARA COMINUCAR Y EXPLICAR EL PROYECTO DESCRITO.
-CAPTACION DE LAS MUJERES ENTRE 40-70AÑOS: TODOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO PREGUNTARAN A LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD POR LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO Y EN CASO DE DETECCTAR ALGO SE ABRIRA EPISODIO Y SE DERIVARA A MATRONA O RESPONSABLE.
-CITAR EN CONSULTA A LA MUJER PARA ANAMNESIS Y EVALUACION.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0573

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

- EDUCACION GRUPAL SOBRE PATOLOGIA SUELO PELVICO.
- REEVALUACION DE LAS MUJERES SEGUN PATOLOGIA PREVIA Y GRADO CAPACITACION EN LA REALIZACION DE EJERCICIOS. (AL MES, CADA 6 MESES, AL AÑO,...)
- VALORAR RESULTADOS OBTENIDOS.

INDICADORES

- MEJORAR LA INCONTINENCIA URINARIA. (TEST DE CONOCIMIENTOS)
 - MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO (EXPLORACION FISICA)
- DISMINUIR INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.
- MEJORIA DE LA CALIDAD DE VIDA. (ENCUESTA DE SATISFACCION)

DURACIÓN

- MARZO 2019: ELABORACION DEL PROYECTO.
- ABRIL A NOVIEMBRE 2019: CAPTACION DE MUJERES ENTRE 40-70AÑOS.
- EDUCACION GRUPAL SOBRE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO: JUNIO 2019.
- SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2019:REEVALUCION DE MUJERES según GRADO DE PROLAPSO, INCONTINENCIA, HABILIDAD CON LOS EJERCICIOS,...
- ENERO Y FEBRERO 2020: OBJETIVOS, CONCLUSIONES Y CIERRE DEL PROYECTO.

OBSERVACIONES

NINGUNA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0950

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA

GOMEZ RAMO RAQUEL

FUSTER OMEDES ANGEL

LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

CALVO GARCIA FRANCISCO

LATASA LATORRE PILAR

BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Sesión informativa explicando el proyecto el 25 de marzo de 2019. Se explica al equipo la importancia de realizar el ITB y la exploración del pie para detectar enfermedad arterial periférica antes de que sea sintomática y como detección de alto riesgo cardiovascular. Se explica la técnica con vídeo y se dan fotocopias. Se explica la metodología a seguir según los resultados.

2.- En abril se comienza la captación de los pacientes que se realiza principalmente en consulta de enfermería cuando acuden a control de su diabetes. Se excluyen pacientes encamados y no colaboradores.

3.- Se crea una hoja de registro con el nombre del paciente, la localidad, el resultado del ITB izdo y derecho, la edad, y la fecha de citación en la agenda para poder ver de un sólo vistazo las cifras alteradas y tener localizados a los pacientes mas rápidamente.

4.- Creación de agenda de pie diabético en OMI en salas en agosto de 2019. El horario de la agenda es diario de 13 a 14 h y se citan 5 pacientes por día.

3.- Los pacientes que presenten un ITB alterado enfermería lo comenta con medicina

4.-Medicina realiza el Cuestionario de Edimburgo modificado para diagnosticar la claudicación arterial en atención primaria de salud, se interroga sobre síntomas de cardiopatía isquémica o ACV, antecedentes familiares, y otros factores de RCV.

5.-Se les informa sobre síntomas de alarma de cardiopatía isquémica o ACV

6.-Si ITB < o = 0,9 se valorará individualmente antiagregación (sobre todo en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio: entre 10-20% según Framingham, o del 3-4% según SCORE) y siempre reforzar el control de los Factores de Riesgo:

.Cese del hábito tabáquico ofreciéndoles la posibilidad de tratamiento específico para deshabituación

.Control de HTA con cifras inferiores a 130/80 mmHg

.Control de la diabetes:alcanzar un objetivo de hemoglobina Acl glicosilada <7%

.Fármacos hipolipemiantes (estatinas):valor objetivo debe ser 70 mg/dl.

7.-En pacientes asintomáticos con un ITB entre 0,91 y 0,99 y sin presencia de otras enfermedades de origen cardiovascular, reforzar medidas de prevención RCV.

8.-En pacientes asintomáticos con un ITB superior a 1,4 reforzar medidas de prevención de riesgo cardiovascular

9.- A los pacientes que presenta del ITB <o =0,9 y síntomas de claudicación intermitente se comentan con la consulta de enfermería del HOP específica de pie diabético o se envían a cirugía para confirmar o descartar patología.

10.- Recordatorio en flash del OMI en todos los paciente que han tenido alteración del ITB tanto por encima como por debajo para reevaluación de sintomatología y refuerzo de medidas de prevención de RCV

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los listados en el OMI, en el Centro de Salud de Santa Eulalia tenemos 147 diabéticos.

Según nuestra hoja de registro que preparamos para este proyecto, hemos realizado 83 exploraciones que incluye el ITB.

1.- Pacientes diabéticos a los que hemos realizado el ITB / n° total de diabéticos

Valor a alcanzar 50%

Hemos alcanzado el objetivo. Hemos alcanzado el 56,46%

2.- Diabéticos con ITB alterado/ n° total de ITB realizadas.

Se definió un ITB como bajo cuando su cifra era < o = 0,9. Teniendo en cuenta la posible relación de un ITB elevado (> 1,4) con una arteria de pared rígida, incompresible, afectada de arteriosclerosis, cuya presencia se ha asociado con un peor pronóstico, los valores de ITB > 1,4 también fueron evaluados como anormales

Se detectó un ITB bajo (< 0,9) en 11 sujetos, lo que supone un 13,25% de las ITB realizadas. Por otra parte, el ITB fue > 1,4, en 2 pacientes (2,4%), por lo que si se agrupan ambas situaciones, un total de 13 pacientes (15,66%) presentaban un ITB patológico.

Según el Cuestionario de Edimburgo, ningún paciente presentaba sintomatología de claudicación intermitente.

14 pacientes presentan un ITB (Bordeline)entre 0,91 y 0,99 (9,52%)

Ha habido un evento cardiovascular (IAM) durante el estudio en una paciente con ITB alterado.

3.-Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/total diabéticos del C.S. Santa Eulalia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0950

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

- Valor a alcanzar 80%

Hemos realizado 92 exploraciones en una población de 147 diabéticos(63%) por lo que no hemos alcanzado el objetivo, sin embargo, a un porcentaje muy alto de ellos se les ha realizado el ITB.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha estado muy implicado desde el primer momento, han aportado ideas que han resultado muy constructivas. La exploración que realizaba enfermería hasta que instauramos el proyecto, aún siendo exhaustiva, no incluía siempre el ITB. Desde que comenzó el proyecto, se ha realizado en el 88% de las exploraciones por lo que consideramos que la mejoría ha sido significativa.

Nuestro estudio demuestra que hay una elevada EAP asintomática, detectada mediante el ITB, en los pacientes atendidos en consulta, los cuales podrían beneficiarse de medidas preventivas más intensas. El ITB debe formar parte de la evaluación sistemática de la mayoría de los enfermos con riesgo vascular, sobre todo los diabéticos y los que tienen un riesgo moderado o alto según la escala de Framingham.

Hemos creado una consulta monográfica de pie diabético porque nos ha parecido muy interesante continuar con la explotación completa del diabético incluyendo el ITB.

Deberíamos realizar mas captación activa a través del cuadro de mandos puesto que hay población que viene menos a consulta bien por trabajo o por tener menos posibilidades de acudir a consulta por falta de apoyo familiar, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/950 ===== ***

Nº de registro: 0950

Título

REALIZACION INDICE TOBILLO- BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

Autores:

RUBIO SERRANO DOLORES, SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, GOMEZ RAMO RAQUEL, FUSTER OMEDES ANGEL, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS

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

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la Guía de Consenso Multidisciplinar en Enfermedad Arterial Periférica (EAP)de extremidades inferiores, la prevalencia de la EAP en población general española varía entre el 4,5-8,5% según las series; de la que el 3,83-24,5% es silente y 6-29,3% se puede presentar como claudicación intermitente. La prevalencia de la EAP es mayor que la percibida por los profesionales sanitarios, así como sus repercusiones, tanto clínicas como sociales y económicas, lo que la convierte en un importante problema de salud. Es, por lo tanto, una enfermedad infraestimada e infradiagnosticada.

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba sencilla, barata y reproducible que podemos realizar en nuestra consulta, con una gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) y para la detección de sujetos con alto riesgo cardiovascular.

El ITB es el resultado de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtienen dos valores de ITB, uno para cada miembro inferior, seleccionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve; en manos experimentadas la técnica se realiza en unos 20 min; es barata, sólo se precisa un esfigmomanómetro y un Doppler portátil con sonda de 8 Mhz, y reproducible, con mínima variabilidad intra e interobservador.

Un ITB menor de 0,9 presenta una sensibilidad y una especificidad muy altas para identificar una obstrucción superior al 50% en el territorio vascular de los miembros inferiores en relación con la arteriografía.

Un ITB menor de 0,9 es diagnóstico de EAP, a pesar de que más del 80% de estos sujetos no tenga

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0950

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

manifestaciones clínicas. Pero además, la presencia de un ITB disminuido se asocia con una mayor incidencia de complicaciones coronarias y cerebrovasculares y un mayor riesgo de mortalidad a expensas del incremento de la mortalidad cardiovascular, tanto en sujetos en prevención primaria como secundaria e incluso tras ajustar por los factores de riesgo clásicos.

Por lo tanto, un ITB < 0,9 es, además de diagnóstico de EAP, sinónimo de alto riesgo cardiovascular, por lo que habrá que tratar intensivamente los factores de riesgo.

La diabetes, el tabaco y la edad son los factores de riesgo que más estrechamente se asocian con un ITB disminuido. Es bien conocido que los diabéticos tienen una elevada prevalencia de EAP. El riesgo de desarrollarla depende, fundamentalmente, de la edad del paciente y de la severidad y duración de la diabetes. También los sujetos no diabéticos pero diagnosticados de síndrome metabólico, tienen aumentada hasta 3 veces la prevalencia de un ITB disminuido, en comparación con aquellos que no lo tienen.

La determinación del ITB es una herramienta muy útil en la estratificación del riesgo cardiovascular ya que identifica sujetos con arteriosclerosis subclínica y alto riesgo cardiovascular. Pero para que la determinación sea eficiente, dada su baja sensibilidad y alta especificidad, habrá que seleccionar a los candidatos ideales para la realización de la prueba.

RESULTADOS ESPERADOS

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

Detectar riesgo de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) en pacientes diabéticos.

Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática para optimizar la prevención primaria y el control de su progresión para evitar la aparición de graves complicaciones cardiovasculares y por tanto mejorar su pronóstico.

MÉTODO

Realización de una sesión clínica para explicar el proyecto y la técnica.

Búsqueda activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías o aprovechar controles rutinarios del paciente diabético.

Realizar el ITB a todo diabético.

Revisión del pie diabético a todo paciente diabético.

INDICADORES

Pacientes diabéticos a los que hemos realizado el ITB / nº total de diabéticos

- Valor a alcanzar 50%

Diabéticos con ITB alterado/ nº total de ITB realizadas.

Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/total diabéticos del C.S. Santa Eulalia.-

-Valor a alcanzar 80%

DURACIÓN

Sesión clínica explicando el proyecto y técnica: Marzo 2019

Búsqueda activa de los casos: Abril 2019

Inicio del proyecto: Abril 2019

Evaluación final: Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0952

1. TÍTULO

ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CONSUELO BLAS GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL MALO INMACULADA
KOLESNYK SUMSKAYA ELENA
UTRIA HERNANDEZ CARLOS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1/4/19 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL EAP.
15/4/19 EL EQUIPO DEL PROYECTO CONTACTA CON LA DIRECCIÓN DEL CRA CUNA DEL JILOCA PARA CONOCER LOS TEMAS QUE MÁS LES INTERESA TRATAR.
1/5/19 REUNIÓN DEL EQUIPO PARA PREPARAR LAS ENCUESTAS, SE DECIDEN LOS TEMAS A TRATAR Y MATERIAL DIDÁCTICO QUE SE VA A UTILIZAR. DESDE ESTA FECHA SE TRABAJA EN LA PREPARACIÓN DE LAS SESIONES.
15/5/19 ACUDIMOS AL COLEGIO PARA PRIMERA SESIÓN : SE ENTREGA ENCUESTA INICIAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS Y SE PRESENTA MEDIANTE POWER POINT LOS SIGUIENTES TEMAS: GENERALIDADES EN PRIMEROS AUXILIOS, CONVULSIONES, ATRAGANTAMIENTO. SE INCLUYE RCP ANTE EL INTERÉS DE LOS DOCENTES.
29/5/19 SEGUNDA SESIÓN EN EL COLEGIO. TEMAS A TRATAR: DESVANECIMIENTO, TRAUMATISMOS Y HERIDAS.
12/6/19 TERCERA SESIÓN. TEMAS TRATADOS: EPISTAXIS Y PICADURAS. SE RESUELVEN LAS DUDAS QUE SURGEN Y SE REALIZA ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SATISFACCIÓN. ADEMÁS, SE ENTREGA PÓSTER INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS.
3/9/19. LA DIRECCIÓN DEL CRA CUNA DEL JILOCA CONTACTA CON EL CENTRO DE SALUD SOLICITANDO UNA NUEVA PRESENTACIÓN DE LAS SESIONES SOBRE PRIMEROS AUXILIOS REALIZADAS EL CURSO ANTERIOR.
NOS DIRIGIMOS AL COLEGIO PARA CONCRETAR LA FECHA DE LA SESIÓN Y ENTREGAMOS ENCUESTAS PREVIAS.
25/9/19. SE REALIZA UNA ÚNICA EXPOSICIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS. Y SE ENTREGAN ENCUESTAS FINALES.
LA DIRECCIÓN DEL CENTRO NOS PROPONE DAR SESIONES DE PRIMEROS AUXILIOS AL ALUMNADO.
MATERIAL DIDÁCTICO UTILIZADO: SE REALIZA POWER POINT Y PÓSTER INFORMATIVO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO SE MARCARON INDICADORES ESTANDAR AL TRATARSE DE UNA ACTIVIDAD QUE DEPENDÍA DE LA ASISTENCIA DE TERCEROS.
INDICADORES: NÚMERO DE DOCENTES QUE ACUDEN A CADA UNA DE LAS SESIONES. 15/5/19: 14 PROFESORES
29/5/19: 16 PROFESORES
12/6/19: 16 PROFESORES
25/9/19: 17 PROFESORES
EL NÚMERO TOTAL DE DOCENTES EN EL CRA CUNA DEL JILOCA ES DE 18, CON LO CUAL ENTRE EL 77,7% Y EL 94,4% DE TODOS ACUDIERON A LAS SESIONES.
SE CUMPLE EL OBJETIVO EN CUANTO A NÚMERO Y CALENDARIO DE LAS SESIONES.
ENCUESTAS INICIALES PARA DETERMINAR LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS: EL 38% TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS Y EL 6% RECONOCE NO SABER SOBRE EL TEMA. EL 100% CONOCE LAS VÍAS PARA PONERSE EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EN CASO DE NECESIDAD. EL 13% NO SABE COMO ACTUAR ANTE UN CUADRO EPILEPTICO Y EL 55% RECONOCE NO SABER QUE HACER ANTE UNA PERSONA INCONSCIENTE. EL 50% CONOCE LA MANIOBRA DE HEIMLICH. EN EL TEMA DE TRAUMATISMOS, EL 80% DESCONOCE CÓMO LLEVAR A CABO UNA INMOVILIZACIÓN. Y EL 65% SABE ACTUAR ANTE HERIDAS Y PICADURAS.
ENCUESTAS POSTERIORES SOBRE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS: EL 100% CONTESTA CORRECTAMENTE A LAS PREGUNTAS PLANTEADAS SOBRE LOS TEMAS TRATADOS(HERIDAS, DESVANECIMIENTO, CONVULSIONES, EPISTAXIS Y ATRAGANTAMIENTO)
ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: SOBRE LA MATERIA IMPARTIDA EL 100% RECONOCE QUE HA SIDO ADECUADA, EN NINGÚN CASO EXCESIVA NI INSUFICIENTE. SOBRE LOS CONTENIDOS APRENDIDOS RECONOCEN QUE SERAN ÚTILES Y APLICABLES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS, PUESTO QUE TODOS RECONOCEN HABER ADQUIRIDO LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS.
LA EXPERIENCIA HA SIDO POSITIVA POR AMBAS PARTES LLEGANDO A PROPONERNOS HACERLO ANUALMENTE Y EXTENSIVO AL ALUMNADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/952 ===== ***

Nº de registro: 0952

Título
ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL AMBITO ESCOLAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0952

1. TÍTULO

ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Autores:
BLAS GOMEZ CONSUELO, GIL MALO INMACULADA, KOLESNYK SUMSKAYA ELENA, UTRIA HERNANDEZ CARLOS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dirección del CRA Cuna del Jiloca, solicita la formación en prestación de Primeros Auxilios para Personal docente, a cargo del Equipo de Atención Continuada (MAC y EAC) del Centro de Salud de Santa Eulalia. Refieren la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades básicas en las principales situaciones de urgencia en la población infantil del colegio de Santa Eulalia, mostrando especial interés en CONVULSIONES, al presentar entre sus alumnos algún caso de "crisis epilépticas", y en ATRAGANTAMIENTOS, presentando mayor frecuencia desde que, una vez por semana el colegio reparte fruta para el almuerzo dentro del "Plan de Consumo de Fruta en las Escuelas" del Gobierno de Aragón, siendo el equipo docente el primero en acudir ante estas situaciones críticas por lo que creen conveniente tener unos conocimientos básicos a la hora de actuar.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo general se plantea la realización de actividades, para la atención por parte del personal docente a los estudiantes, ante situaciones que alteren el estado de salud, mediante talleres teórico-prácticos que permitan afianzar los conocimientos impartidos por nuestro equipo.
PRIMERO: Como objetivos específicos se propone dar a conocer al equipo docente las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia, como accidente infantil, picaduras, pérdida de conciencia, convulsiones, atragantamiento, traumatismos.
SEGUNDO: Se propone la adquisición de habilidades para reconocer y actuar de manera correcta frente a una situación de emergencia, así como saber solicitar ayuda a servicios de emergencias (Centro de Salud, 061, 112).

MÉTODO
1. Sesión clínica al EAP sobre el conocimiento y desarrollo del proyecto.
2. Concreción del proyecto: nos ponemos en contacto con la dirección del CRA para concretar los temas a tratar .
3. Encuesta de valoración de conocimientos previa a cada sesión informativa.
4. Educación grupal sobre primeros auxilios en población docente, pautas, modo de actuación, cada 15 días hasta un total de tres sesiones, coincidiendo con la finalización del curso escolar.
5. Encuesta posterior a cada sesión informativa sobre conocimientos adquiridos. 6. Encuesta de satisfacción al finalizar el proyecto.

INDICADORES
- Número de docentes que asisten a cada una de las sesiones.
- Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimientos previos respecto de los primeros auxilios.
- Encuestas posteriores a cada sesión.
- Encuesta de satisfacción.
- Información escrita a modo de folleto o póster con las principales protocolos de actuación.

DURACIÓN
- Sesión clínica al EAP en marzo 2019.
- Educación grupal: (abril, mayo, junio) anterior a la finalización del curso escolar 2018-2019.
- Finalización del proyecto: último trimestre del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN CONEJOS BELLIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO
MORTE PEREZ ALFREDO
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
LEAL DUQUE AMADID
BRUNA SALAS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, se ha realizado el seguimiento del proyecto inicial mediante dos nuevas evaluaciones en las que se han medido todos los parámetros fijados: Controles analíticos, ECG, Pie diabético y el grado de implicación de los pacientes. También los nuevos conceptos como son la evolución de las cifras de Hemoglobina glicosilada en los pacientes y la captación de pacientes con Nefropatía diabética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos se han recogido, paciente a paciente, de los Planes personales de los paciente en O.M.I.
Las dos evaluaciones se han realizado la primera a 31 mayo y la segunda a 30 noviembre de 2019.

En cuanto a la primera evaluación (3ª del proyecto), en tanto por ciento, se objetivó que la analítica de la HBA1C se situó en el 89 y la Microalbuminuria en el 88,5, el ECG en el 83,2 y la revisión del Pié diabético en el 89,48. El grado de cumplimiento de los pacientes fue del 89 por ciento pero solo el 17,48, estuvieron dentro del rango establecido como idóneo, < 6.

La segunda evaluación (4ª del proyecto), arrojó los siguientes resultados en tanto por ciento. La analítica de la HBA1C, se la realizaron en fecha correcta el 56,96 de los pacientes y solo un 5,9 estaban dentro de rango. En cuanto a la Microalbuminuria, el 81,2 la tenían realizada, el ECG el 81,16 y la revisión del Pié diabético el 92,62. El grado de cumplimiento se situó en el 56,96, evidentemente este ítem lo marca la analítica de la Hemoglobina glicosilada.

En todo el periodo del proyecto se han diagnosticado 16 casos de Nefropatía diabética.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. CONCLUSIONES.

1.- La 3ª evaluación ha sido la mejor de todas puesto que seguía la proyección esperada. Sin embargo, en la 4ª evaluación, las cifras de las analíticas en el tiempo establecido (c/6 meses), se han desplomado. No así el resto de indicadores que han mantenido la progresión esperada, en especial la revisión del Pié diabético.

2.- Los pacientes no mejoran por el hecho de hacerse los análisis en los periodos establecidos, es muy difícil tener las cifras de Hemoglobina glicosilada por debajo de 6 y siguen mostrando cierto rechazo a realizarse dos analíticas en el año. Siempre lo alargan, por lo que es difícil cumplir este parámetro. El resto, ECG /2 años y revisión del Pié diabético no son problemáticos.
Aún así, el hecho de acudir siempre a la consulta con la cartilla implantada, nos facilita el control puesto que nos obliga a revisar los tiempos.

DIFICULTADES ENCONTRADAS.

La mayor dificultad del proyecto durante el año 2018 fueron los cambios de profesionales médicos y de enfermería en la plaza de Sarrión, la más grande del Centro y con más población diabética que disminuyeron los porcentajes. Este año 2019, hubo una estabilidad en la primera evaluación (3ª), que se vió reflejada en los resultados. Pero en la segunda evaluación (4ª), en la que ha habido un retroceso importante, sobretudo en las analíticas, ha habido un hecho significativo: Cambio de profesionales médicos en TODAS las plazas del Centro de Salud. Varios de ellos han venido de otras Comunidades Autónomas y han tenido dificultad para el manejo del O.M.I, Planes personales, etc. Esto ha ocasionado que un 35,04 por ciento de los datos, no estén correctamente reflejados en O.M.I.

VALORACIÓN:

La implantación de la cartilla del diabético ha sido beneficiosa. Es una forma de recordatorio tangible de todo lo que deben hacer los pacientes.
Hay que hacer más educación higiénico-dietética, tanto individual como colectiva, de la diabetes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.

Hay que seguir mejorando en el manejo del O.M.I y, sobretodo, trabajar desde los Planes personales de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/387 ===== ***

Nº de registro: 0387

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

Autores:
CONEJOS BELLIDO CARMEN, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO, MORTE PEREZ ALFREDO, LEAL DUQUE AMADID, CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO, AZNAR MAGALLON JERONIMO, PALACIOS MEDRANO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Informar a la población diabética de la importancia que tienen los controles en la evolución de la diabetes para evitar las complicaciones, explicando el por qué de cada uno de ellos: G.capilar, HbA1C, IMC, TA, Colesterol, Control del pie diabéticos, ECG.
Revisado el Cuadro de Mandos y el programa de Diabetes de OMI, a fecha 31 de diciembre de 2017, el Centro de Salud de Sarrión ha alcanzado unas cifras de cumplimiento que son : 51% en determinación HbA1C, 50% en la determinación de Microalbuminuria, 57% en el control del Pié diabético y un 40% en la realización del ECG bianual.

Para mejorar el cumplimiento se establecen dos lineas de actuación:

Implicación de los pacientes en la demanda de sus controles. Para ello la creación e implantación de la Cartilla de Seguimiento, que les sirva de recordatorio para acudir, en la fecha señalada, a la realización de los mismos. Igual que se hace en otros campos como Vacunaciones, Citologías, Espacializada, etc.
Los profesionales del Centro de Salud deben introducir los valores en OMI y anotar en la cartilla la fecha de la próxima revisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores señalados.
- En 2018 podríamos aspirar a conseguir un 70%.
- En 2019, si es efectivo el programa, se conseguiría el objetivo real del Centro, teniendo en cuenta las excepciones.
Análisis del grado de implicación de los pacientes tras la implantación de la Cartilla.

MÉTODO

Charla informativa en cada núcleo de población del C.S. de Sarrión, sobre la importancia de los controles en los pacientes diabéticos y el por qué.

Captación:

En la charla se les informará de la cartilla del diabético. Deberán pasar a recogerla por la consulta del médico o del enfermero y se les revisarán las fechas de los controles a realizar.

INDICADORES

Los indicadores a medir serán :
- Controles analíticos de HbA1C semestral y Microralbuminuria anual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.

- Control del Pié diabético según grado.

- ECG bianual.

Evaluación.

- 1ª Evaluación: 30 de mayo de 2018 . Medición del número de pacientes a los que se les ha hecho la revisión y entregado de la Cartilla.

- 2ª Evaluación : 30 de noviembre de 2018 . Medición del grado de implicación en el primer control tras tener su Cartilla.

- En 2019 se pueden realizar una 3º y 4º evaluación . Estas determinarán el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Fuentes de datos. Cuadro de mandos, Listados de la Cartera de Servicios y Planes Personales de OMI.

DURACIÓN

El inicio del proyecto será el 1 de abril de 2018.

Durante 2018 se realizarán 2 evaluaciones el 30 de mayo y el 30 de noviembre.

Durante 2019, se realizarán otras 2 evaluaciones en las mismas fechas

OBSERVACIONES

Durante las evaluaciones de 2019, aparte de medir los objetivos planteados en este proyecto, se puede medir el grado de mejora en los resultados analíticos de los pacientes derivados de esta implicación en sus controles periódicos.

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0705

1. TÍTULO

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCIÓN ORDINARIA Y LA ATENCIÓN CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LA EPOC

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ALVARO ABADIA PUYUELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES ABANSES CRISTINA
CONEJOS BELLIDO CARMEN
FORTEA GARZARAN MARIA CARMEN
FUENTES MORENO ENCARNA
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA
MORTE PEREZ ALFREDO
RUIZ CARRALERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente, durante el mes de enero, se realizó una reunión del equipo del C.S. Sarrión para conocer y analizar los resultados de los indicadores de 2018, tras lo cual se plantearon las posibles intervenciones de mejora. Tras contactar individualmente y de modo informal con el equipo de Atención Continuada, se decidieron los integrantes del proyecto de calidad. A finales de febrero se realizó la reunión inicial de implementación del proyecto con todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión, se envió material explicativo a los miembros del EAC que quisieron participar y posteriormente se realizaron reuniones individuales con el EAC para aclarar conceptos y resolver dudas. En junio y octubre se realizaron reuniones con el equipo valorando la evolución de los indicadores así como realizando refuerzo positivo y recordando los pasos a seguir para lograr nuestros objetivos. Adicionalmente se implementó la consulta monográfica de tabaquismo, para mejorar la oferta y atención sanitaria de la población de la ZBS de Sarrión y obtener un mayor rendimiento al proyecto. Finalmente no se ha podido realizar la última reunión física de presentación de resultados debido a los movimientos derivados de la OPE y traslados. Se ha enviado en su lugar y en formato digital los resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha apreciado una clara mejoría en los indicadores evaluados, siendo esta constante y progresiva durante todo el 2019.
Detección de tabaquismo: enero 2019 46'31; diciembre 2019 70'97 (aumento 24'66%)
Intervención tabáquica: enero 2019 78'38; diciembre 2019 85'43 (aumento 7'11%)
Prevalencia EPOC: enero 2019 1'14; diciembre 2019 2'13 (incremento absoluto 0'99, aumento 95%)
Simultáneamente y como consecuencia lógica, se ha registrado un aumento del número de pacientes fumadores en la ZBS de Sarrión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de un proyecto de calidad sirve como revulsivo a nuestra práctica clínica diaria. Así mismo, se observa que determinadas actuaciones realizadas durante el tiempo de Atención Continuada, pueden tener un gran impacto en el conocimiento y evolución de la salud de la población general. Por otra lado, sería adecuado destacar la implicación y participación de todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión, aunque sus nombres no han podido figurar como participantes del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/705 ===== ***

Nº de registro: 0705

Título
CAPTACION OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCION ORDINARIA Y LA ATENCION CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNOSTICA DE LA EPOC

Autores:
ABADIA PUYUELO ALVARO, ANDRES ABANSES CRISTINA, CONEJOS BELLIDO CARMEN, FORTEA GARZARAN MARIA CARMEN, FUENTES MORENO ENCARNA, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA, MORTE PEREZ ALFREDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0705

1. TÍTULO

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCIÓN ORDINARIA Y LA ATENCIÓN CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LA EPOC

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha apreciado una baja detección del tabaquismo en la ZBS de Sarrión (57,56%) así como un inadecuado registro en el programa OMI-AP de los pacientes fumadores que lleve a la activación del plan personal de TABACO. En relación con lo mencionado anteriormente, es posible que se estén realizando menos espirometrías de las indicadas, explicando la baja prevalencia diagnóstica de EPOC (1,51 %) observada en el indicador correspondiente. Por todo lo anterior, consideramos que implementar una estrategia sistemática de detección oportunista y registro del tabaquismo ante cualquier consulta (ordinaria o de atención continuada), añadido a un consejo breve/intensivo de cesación del hábito tabáquico y la realización de espirometrías en personas con riesgo de EPOC, puede ayudar a mejorar la salud de la población mejorando la prevención primaria y secundaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Aumento de la detección de consumo de tabaco.
- 2) Aumento de la prevalencia diagnóstica del tabaquismo.
- 3) Aumento del número de intervenciones sobre tabaquismo.
- 4) Aumento de la realización de espirometrías.
- 5) Aumento de la prevalencia diagnóstica de la EPOC.
- 6) Aumento de la realización de prevención primaria y secundaria en la población.

MÉTODO

- 1) Reunión inicial de implementación del proyecto con todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión.
- 2) Reuniones y comunicaciones trimestrales evolutivas proyecto.
- 3) Oferta de consulta monográfica de deshabituación tabáquica.
- 4) Realización de espirometría a los pacientes detectados en riesgo de EPOC.

INDICADORES

- 1) Indicador de % de detección de tabaquismo.
- 2) Indicador de % de intervención sobre tabaquismo.
- 3) Indicador de prevalencia de EPOC.
- 4) Evolución comparativa de los indicadores con el objetivo de superar la media de resultados de Aragón.

DURACIÓN

La duración prevista del proyecto será de un año, iniciándose el 01/03/2019. Las reuniones y comunicaciones evolutivas se asociarán a la valoración trimestral de los indicadores. Se plantea la posible extensión del proyecto un segundo año para valorar el número de pacientes que han abandonado el consumo de tabaco y la evolución porcentual de fumadores con espirometría realizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE LUCIA SALESA NAVARRO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN
POMAR MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2019 Mari Carmen Mendez Soriano, Maria Lourdes Pomar y Lucía Salesa Navarro elaboramos las bases y contenido formativo del proyecto y nos pusimos en contacto con la dirección de los 5 Centros escolares de educación primaria adscritos a la zona básica de Salud Teruel Centro : "Las Anejas", "Miguel Vallés", " Pierres Vedel", " Las Viñas" y "La Purísima" para presentarles nuestro proyecto y conocer si estaban interesados en integrarlo en las actividades educativas de su centro escolar. Cuatro de ellos aceptaron participar en nuestro proyecto y establecimos un cronograma para poder implementar el proyecto en las aulas compatibilizándolo con nuestra tarea asistencial en el centro de salud Teruel Centro.

En el mes de marzo mantuvimos reuniones con los equipos directivos de cada centro educativo, Carmen Méndez y Lucía Salesa nos encargamos de concretar y distribuir los días y grupos con los que implementar el proyecto. Para ello tuvimos en cuenta la reserva previa del material docente para las prácticas que nos facilitó la unidad docente de Atención Primaria de Teruel. La puesta en marcha en las aulas se llevó a cabo los miércoles y viernes de abril y mayo de 2019, adaptándonos al horario escolar de los cuatro centros educativos que participaron: "Miguel Vallés", " Pierres Vedel", "Las Viñas" y "La Purísima".

La idea era acudir a la puesta en marcha las tres componentes del proyecto pero por necesidades del servicio Lourdes Pomar algunos días no pudo asistir para atender la consulta de pediatría.

El cronograma de implementación fué el siguiente:

3 de abril de 2019, Pierres Vedel, grupos de segundo, quinto y sexto de educación primaria (4 sesiones).
10 de abril de 2019, Las Viñas, trabajamos con 2 grupos de primero y otros dos de segundo (4 sesiones).
24 de abril de 2019, Las Viñas, alumnos de tercero y cuarto dos grupos en cada curso (4 sesiones).
8 de mayo de 2019, Pierres Vedel, grupos de primero, tercero y cuarto de primaria (4 sesiones).
10 de mayo de 2019, Miguel Vallés, primer y segundo curso de primaria, 2 grupos de cada uno (4 sesiones).
15 de mayo de 2019, Las Viñas, quinto y sexto de primaria 2 grupos por curso (4 sesiones)
17 de mayo de 2019, Miguel Vallés, tercero y cuarto de primaria 2 grupos por curso (4 sesiones).
22 de mayo de 2019, La purísima, primero, segundo y tercero de primaria (4 sesiones).
24 de mayo, Miguel Vallés, quinto y sexto de primaria 2 grupos por curso (4 sesiones).
29 de mayo de 2019, la purísima, cuarto, quinto y sexto de primaria (4 sesiones).

Hemos dedicado diez jornadas y cuarenta sesiones formativas dirigidas a los grupos de niños establecidos en cada colegio de primero a sexto de Educación Primaria. En total han participado 623 niños y 48 profesores. Las sesiones han tenido una duración aproximada de una hora con una parte expositiva y otra práctica. Utilizamos un lenguaje sencillo, simplificando cada actuación y aplicando reglas mnemotécnicas, canciones, simulaciones con globos de agua, ilustraciones y videos para optimizar el aprendizaje. Pretendemos que aprendan a identificar situaciones de urgencia vital, saber dónde pedir ayuda de calidad estableciendo una comunicación efectiva con el interlocutor, prestando en caso necesario las maniobras pertinentes y a su vez insistir y desarrollar valores de responsabilidad ciudadana en estas situaciones.

Para valorar la adquisición de conocimientos hemos utilizado una encuesta de 6 preguntas tipo test con tres opciones de respuestas cada una. La encuesta la pasaban los profesores de los alumnos unos días antes de la sesión formativa y al finalizar la sesión formativa la volvían a completar.

La secuencia de las sesiones es la siguiente: comenzamos la sesión con una lluvia de ideas para conocer de qué conocimientos partimos y continuamos con la exposición de diapositivas ilustrativas sobre los conceptos a tratar (primeros auxilios, llamada al 112 de calidad, posición lateral de seguridad, maniobras de RCP básica, actuación ante atragantamientos y manejo del desfibrilador). La parte expositiva la finalizamos con la proyección de dos videos ilustrativos para afianzar los conceptos tratados. Durante la parte práctica dividimos al grupo creando cuatro talleres, cada profesional dirige uno y los niños van rotando por cada uno de ellos, contamos con la ayuda de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Teruel.

La distribución de los talleres es la siguiente: alumnos de segundo curso de la escuela de enfermería de Teruel, (Paula Hueso Camañes, Pedro Ferrer Casas, Clara Clemente López y María Ginés Sancho (cada sesión participan 2 de ellos) dirigen la valoración del nivel de conciencia, respiración y la posición lateral de seguridad practicándolo por parejas, Carmen Méndez en otro coordina el aprendizaje y práctica a través de role-play la actuación correcta ante atragantamientos, en otro con Lourdes Pomar con ayuda de los maniqués realizan la maniobra de RCP básica y por último con Lucía Salesa realizan la secuencia de RCP completa con llamada al 112 y manejo del desfibrilador. Para finalizar la sesión insistimos en que transmitan los conocimientos aprendidos a familiares y amigos (la transmisión indirecta de estos conceptos puede llegar a mayor parte de la población y fomentar el interés y responsabilidad ciudadana ante las situaciones vitales). Vuelven a realizar el cuestionario de evaluación y les obsequiamos con un diploma de participación.

Una vez implementado el proyecto en las aulas, Lucía Salesa realiza la gestión y el análisis de los datos obtenidos en las encuestas.

En Junio de 2019 presentamos el proyecto como Comunicación Oral y como Video en las "XVII Jornadas de Trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

sobre Calidad en Salud, XV Congreso de la sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial" celebrado en Teruel y fueron seleccionados para defenderlos los días 21 y 22 de junio respectivamente Lucía Salesa se encargó de ambas defensas.

En Octubre de ese mismo año presentamos los resultados del proyecto en las "XII Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco" celebrado el 22 y 23 de Octubre. Siendo aceptado para defenderlo como Comunicación Oral y seleccionada ex aequo, como mejor Comunicación Oral, Lucía Salesa se encargó de la defensa.

El 29 de Octubre de 2019 presentamos y compartimos nuestro proyecto con los compañeros del centro de salud Teruel centro y queda pendiente compartirlo con otros equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto han participado 623 niños y 48 maestros de educación primaria de cuatro centros educativos de Teruel. Según los datos facilitados por el Departamento de Educación representa un 27,1% del total de alumnos de primaria de la capital Turolense, un 8,3 % de los alumnos matriculados en ese curso escolar en la Provincia de Teruel y un 0,8% con respecto a los escolares de primaria en Aragón. En cuanto a la distribución por sexos un 46,9 % son niños y un 53,1 % son niñas. Respecto a la participación de los colegios en función de los alumnos ha sido la siguiente: un 15,4% corresponde a los alumnos del Colegio "Pierres Vedel", un 20,5% a los alumnos del Colegio "La Purísima", un 24,9 % a los alumnos de "Miguel Vallés" y un 39,2% a los alumnos de "Las Viñas". La distribución por cursos ha sido bastante homogénea los alumnos de primero representan un 14% al igual que los de sexto, segundo un 18,5 % y tercero un 18,8 %, cuarto un 17,3% y quinto un 17,5%.

La encuesta que hemos utilizado para evaluar la adquisición de conocimientos consta de 6 breves preguntas con tres opciones de respuesta cada una, solamente les pedíamos que rodearan la respuesta correcta (muy sencillas sobre los aspectos más importantes tratados en la sesión puesto que ha sido realizada por niños de 6 a 12 años).

En adelante mostramos la composición, orden de las cuestiones y relevancia de las respuestas obtenidas:

En la primera les pedíamos que indicarán el teléfono de emergencias sanitarias: antes de iniciar la sesión el 90 % de los niños conocían el teléfono de emergencias sanitarias y tras la sesión el 99,68 % la conocían, como curiosidad solamente 2 niños no contestaron correctamente.

La segunda era para que indicarán cómo valorar la respiración de una persona inconsciente (ver, oír y sentir) el 84 % lo hicieron bien antes y el 97 % después de la sesión.

En la tercera pregunta les pedíamos que ante un accidente en el patio supieran que debían de colocar a su compañero en posición lateral de seguridad, en la encuesta previa a la sesión un 73,6 % contestó correctamente y un 94,2 % lo hizo bien tras la sesión.

En la cuarta cuestión les planteamos otro caso práctico para que nos indicarán que debían iniciar maniobras de RCP, en la sesión previa un 90,5 % lo contestó bien mejorando también en la encuesta tras la sesión que respondieron correctamente un 97,7%.

La quinta cuestión valoraba la actuación correcta ante una obstrucción de la vía aérea, también planteada con un caso real en el parque, antes de la sesión respondieron correctamente el 84 % de los niños y después de la sesión lo hicieron bien el 97%.

Por último en la sexta cuestión preguntamos acerca de la relación entre compresiones y ventilaciones ante una RCP, antes de la sesión sólo el 34 % de los niños respondieron correctamente frente al 85 % que lo supieron después de la sesión.

Centrándonos en los indicadores propuestos para evaluar el proyecto son los siguientes:

Número de alumnos que han participado en el proyecto: 623 representan el 100% de los alumnos que acudían al aula, representa un porcentaje superior al estándar de participación propuesto que era de un 80%.

Número de profesores que participan en el proyecto: 48. Representan el 100% de los profesores que acudían al aula, también representa un porcentaje superior al propuesto que era de un 80%.

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los alumnos antes de la sesión: 2242 representa 60% de las respuestas correctas en el cuestionario antes de la sesión, en esta variable no propusimos estándar, su valor era meramente comparativo.

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los alumnos después de la sesión : 3364 representa 90% de las respuestas correctas en el cuestionario después de la sesión, indicador también superado puesto que nuestro estándar de respuestas correctas establecido era del 70%.

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los profesores antes de la sesión: 230 representa 80 % de las respuestas correctas en el cuestionario antes de la sesión .

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los profesores después de la sesión: 288 representa 100 % de las respuestas correctas en el cuestionario después de la sesión. Respecto a las respuestas de los profesores no nos habíamos planteado ningún estándar de evaluación pero hemos conseguido un 100% de respuestas correctas tras la sesión, estamos muy satisfechas puesto que según las encuestas antes y después de la sesión es evidente que los profesores también han mejorado los conocimientos en primeros auxilios, muchos de ellos nos plantean sus dudas y en general todos ellos nos agradecieron la intervención educativa calificándola de necesaria tanto para alumnos como para profesores e insistieron en que debería de hacerse de forma periódica .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechas con los resultados obtenidos tanto en participación por parte de los centros educativos (que han colaborado y se han adaptado a nuestros horarios propuestos) como por parte de los niños que han mostrado gran interés por todos los conceptos que hemos transmitido, principalmente por el manejo del DESA y las maniobras de RCP sobre maniquíes. La mayoría era la primera vez que tenía la ocasión de hacer RCP y cabe destacar que la mayoría son capaces de reproducir la maniobra con una posición correcta, el manejo del DESA les ha entusiasmado, en general tenían miedo y después de la práctica eran capaces de manejarlo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

correctamente.

Los colegios participantes crearon y compartieron videos en sus redes sociales con las instantáneas captadas en las sesiones, recordando técnicas, canciones y por supuesto colaborando con nosotras en la difusión de todos los conceptos, despertando el interés de familiares y amigos de los niños que han participado en el proyecto. Además de las habilidades adquiridas y según el análisis de los datos de las encuestas podemos concluir que las respuestas correctas han mejorado después de la sesión, el test de Chi cuadrado para todas las respuestas del cuestionario comparando el momento antes y después de la sesión es una $p < 0.01$ que indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Los resultados correctos han mejorado significativamente tras la sesión, lo cual nos sugiere que niños y profesores han aumentado los conocimientos en esta materia y por tanto presumimos que los participantes del proyecto han mejorado sus conocimientos, destrezas y habilidades.

Satisfechas con los resultados obtenidos en el proyecto, por la difusión de algunos medios de comunicación a nivel local y también a nivel interno en las diferentes redes sociales de cada centro educativo y para dar respuesta a la demanda de los mismos, nos quedaba pendiente formar a los niños de primero de primaria que el curso anterior estaban en infantil y a los que este año cursan este ciclo. En esta ocasión Carmen Méndez y Lucía Salesa nos propusimos adaptar los conceptos de primeros auxilios a los niños de educación infantil y primero de primaria durante este curso escolar 2019/2020. A mediados de junio de 2019 hablamos con los colegios para planificar las sesiones pendientes. Durante octubre y noviembre de 2019 adaptamos las sesiones formativas y trabajamos con los niños infantil y primero de primaria en los mismos centros educativos, con ellos para la práctica trajeron su propio muñeco. Las sesiones tuvieron lugar el 23 de octubre a partir de las 12 en el colegio "La purísima" dos sesiones en una incluimos a los niños de primero y segundo de infantil y en la otra tercero de infantil y primero de primaria (2 sesiones) y en 24 de octubre en el "Pierres Vedel" con mismo horario y distribución de los grupos. El 4 de noviembre se llevó a cabo en el colegio "Miguel Vallés" y el 6 de noviembre en "Las Viñas" en estos colegios tuvimos que dedicar toda la mañana, 4 sesiones en cada colegio juntando alumnos de los dos grupos por curso. En total participaron 401 niños de infantil y primero de primaria. Contamos con la participación de Carmen Gabarre y Luís Fogued alumnos de tercero de enfermería.

La experiencia ha sido muy positiva y agradable y como profesionales nos queda la satisfacción de haber podido trabajar con estas dos muestras (niños de primaria y niños de infantil). Pensamos que es muy necesario en nuestra sociedad que desde la educación primaria e infantil se incluyan este tipo de conocimientos en la población, y se vayan actualizando en cada curso escolar. Nos parece muy importante que estas nociones de primeros auxilios sean bien aprendidas para que perduren en el tiempo y si en alguna ocasión es necesario ponerlas en práctica no se tenga miedo a actuar, hacerlo de forma correcta y lo antes posible ya que mejora la supervivencia del paciente y disminuyen las futuras secuelas.

Tras todo el trabajo realizado durante 2019, más de 1000 niños formados en sus aulas en primeros auxilios, ofreciéndoles la posibilidad de conocer, practicar, manipular material de primeros auxilios, conocer la importancia y necesidad de saber actuar ante estas situaciones. Consideramos que es necesario replicar este proyecto cada curso escolar y en todos los centros educativos con diferentes formatos, incluyendo casos prácticos, ampliar conceptos utilizar nuevas herramientas para fomentar y ampliar progresivamente estas destrezas y habilidades. Para que sepan enfrentarse con mayor seguridad y serenidad ante posibles situaciones vitales a lo largo de su vida. Sobre evidencia en los actuales estudios para seguir trabajando en la formación. En la medida de lo posible debemos de contribuir en la formación de ciudadanos más responsables y autosuficientes y eso es labor de todos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/297 ===== ***

Nº de registro: 0297

Título
PROYECTO DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Autores:
SALESA NAVARRO LUCIA, MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN, POMAR MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Es evidente que la formación en prevención y RCP básica tiene una importante repercusión social y sanitaria y puede cumplir un papel educativo importante en la formación del niño al estimular los valores solidarios y el desarrollo de la responsabilidad.

Teniendo en cuenta el aumento de los medios de reanimación en lugares públicos consideramos que es importante que la mayor parte de la población conozca su funcionamiento y sepa utilizarlos.

Los primeros auxilios son un contenido que actualmente no están incluidos en la Educación Primaria (6-12 años) y cuya enseñanza da respuesta a una necesidad latente que la sociedad actualmente demanda de un modo implícito y sin duda desde el punto de vista educativo asentaría una buena base desde la que partir posteriores enfoques.

Está demostrado que las actuaciones de promoción de salud deben realizarse donde las personas viven, estudian, juegan y se relacionan.

La etapa escolar es el momento más adecuado para recibir la formación en promoción de la salud, prevención de accidentes y medidas de reanimación. Presenta numerosas ventajas:

La formación escolar permite no sólo realizar una enseñanza inicial sino un reciclaje en cursos superiores lo que refuerza significativamente el aprendizaje.

La formación se realiza en la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje y en la que existe una gran motivación.

Es fácil integrar la formación en prevención y RCP básica en la educación para la salud dentro del currículo escolar.

La formación durante el periodo escolar permite un fácil acceso a la mayoría de la población.

El efecto de la formación en prevención es más duradero y es capaz de estimular y/o modificar los hábitos de conducta.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto de intervención educativa en primeros auxilios va dirigido a escolares de educación primaria de los colegios de la zona de salud Teruel centro.

Se plantea como objetivo general que el alumno conozca el concepto de primeros auxilios y las diferentes pautas de actuación en cada situación y la importancia de saber activar los servicios de emergencia disponibles.

Objetivos específicos:

Conocer el teléfono de alerta sanitaria y saber desenvolverse para dar los datos básicos de la urgencia.

Aprender la maniobra de Heimlich, manejar un DESA, realizar una RCP básica, y colocación de posición lateral de seguridad.

MÉTODO

Nos pondremos en contacto con la dirección de los centros escolares de educación primaria de la zona básica de salud Teruel Centro, para presentarles nuestro proyecto y saber si están interesados e integrarlo en las actividades educativas de cada centro escolar.

La metodología que vamos a utilizar en la puesta en marcha de esta intervención educativa va a tener un carácter expositivo, participativo y práctico.

En cuanto a la adquisición de habilidades se empleará el aprendizaje por modelado y repetición, los ponentes realizarán las técnicas o maniobras y los alumnos las practicarán a continuación.

INDICADORES

Número de alumnos que participan en la sesión/Número total alumnos matriculados. Estándar de participación = 80 % de los alumnos.

Número de profesores que participan/Número total profesores. Estándar de participación =80% del profesorado.

Respuestas correctas en cuestionario realizado antes de la sesión/total preguntas del cuestionario.

Respuestas correctas en cuestionario realizado tras la sesión/total preguntas del cuestionario. Estándar respuestas correctas =70%.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en marzo de 2019, poniéndonos en contacto con las Direcciones de los centros escolares para presentarles nuestro programa y coordinar la puesta en marcha de las intervenciones educativas en los distintos cursos escolares.

Durante el mes de marzo trabajaremos en la preparación de los contenidos a exponer.

Las intervenciones se pondrá en marcha en el último trimestre de curso escolar 2018/2019. Finalizadas las intervenciones educativas evaluaremos la participación y la adquisición de conocimientos en las sesiones.

El tiempo estimado para la sesión es 1 hora:

Presentación de los componentes de la sesión.

Lluvia de ideas sobre los conceptos a tratar, breve cuestionario para evaluar los conocimientos previos a la sesión (10 minutos).

Presentación teórica a través de una exposición de diapositivas ilustrativas sobre los conceptos y pautas de actuación en situaciones de urgencias y emergencias(15 minutos).

Distribución de los alumnos en tres grupos para practicar la posición lateral de seguridad, maniobra de Heimlich, Reanimación Cardiopulmonar con la ayuda de maniquís, manejo del Desfibrilador Semiautomático DESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

(25 minutos).

Se realizará de nuevo el cuestionario para valorar los conocimientos y habilidades aprendidas durante la sesión. Resolveremos el cuestionario todos juntos para aclarar dudas y afianzar conocimientos (10 minutos). Para finalizar se dejará un tiempo reservado para dudas y preguntas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN SANTOS ISABEL
SOGUERO GARCIA ISMAEL
CATALAN ADIVINACION GLORIA
APARICIO CLEMENTE RAQUEL
ABAD LAGUIA ROSA MARIA
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A PRINCIPIOS DE ABRIL ELABORACION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION POR EL GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO A MEDIADOS DE ABRIL SESION FORMATIVA DE PRESENTACION A LOR PROFESIONALES DEL EQUIPO, INCLUYENDO LA ENTREGA A TODOS ELLOS DE UNA HOJA CON LOS CRITERIOS MODIFICADOS DE CENTOR POR MC ISAAC PARA TENERLA A MANO EN LA CONSULTA. INFORMACION A TODOS LOS COMPAÑEROS DE DONDE SE ENCONTRABAN LOCALIZADOS LOS STREPTOTEST PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD EN CASO DE NECESITARLO. RECUERDO DE REALIZACION DEL ESTREPTOTEST EN DIRECTO. A FINAL DE JUNIO NUEVA PRESENTACION AL EQUIPO DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS, MANEJO DEL ESTREPTOTEST, Y CRITERIOS ACTUALIZADOS DE ANTIBIOTICOS DE PRIMERA Y SEGUNDA ELECCION EN ESTOS PROCESOS, EN SESION CLINICA A CARGO DE ISABEL GUILLEN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizaron las prescripciones de antibioticos sistemicos asociadas a los diagnosticos CIAP R72(FARINGITIS /AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA), R74 (FARINGITIS AGUDA) Y R76 (AMIGDALITIS AGUDA) EN PACIENTES ADULTOS. LOS RESULTADOS PARA EL CENTRO DE SALUD TEREUL CENTRO EN DICIEMBRE D E 2018 (PREINTERVENCION) Y DICIEMBRE 2019 (POST-INTERVENCION) HAN SIDO:

1-Reducir el consumo de antibioticos en famigdalitis, ante la alta prevalencia de procesos viricos:nº de faringoamigdalitis con tto antibiotico a 31 de diciembre de 2018 con respecto a las famigdalitis con tto antibiotico a diciembre de 2019.
-numero de faringoamigdalitis (CIAP R72,R74 Y R76) con tto antibiotico 3891 (diciembre 2018) vs 3408 (diciembre 2019)
Por CIAP. DICIEMBRE 2018: 14,1% R72, 66,1% R74 Y 19,7% R76
DICIEMBRE 2019: 21,3% R72, 56,8% R74Y 21,9% R76

2-Reducir el uso de azitromizina en los procesos famigdalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar % de azitromicina pautada en estos procesos en 2018 con respecto a la pautada en 2019.
-prescripciones de azitromicina a sociadas a los diagnosticos CIAP R72, R74, R76
DICIEMBRE 2018 34,3% vs 25,3% DICIEMBRE 2019 (p<0.05)

3-Aumentar el tto de la famigdalitis estreptococica con penicilina o amoxicilina.
--%prescripciones activas de antibioticos de primera eleccion (fenoximetilpenicilina, fenoximetilpenicilina-benzatina, amoxicilina, bencilpenicilina, bencilpenicilina-benzatina) asociadas al diagnostico CIAP R72:
DICIEMBRE 2018 57,6% vs 74,8% DICIEMBRE 2019 (p <0.05).

FUENTE DE DATOS: sistema de informacion basado en las prescripciones realizadas en receta electronica (DATA farmacia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusion, estamos satisfechos con los resultados obtenidos, porque en el poco tiempo en que se ha realizado el proyecto hemos conseguido los objetivos que nos habiamos marcado:
-hemos disminuido el numero de tratamientos antibioticos realizados en estos procesos en 483 desde diciembre de 2018 hasta diciembre de el 2019, probablemente por una mejoria en el diagnostico de estos procesos.
-hemos disminuido tambien el uso de azitromicina en los procesos amigdalares agudos en un % significativo, de donde se infiere una toma de conciencia por parte de los profesionales de lo ineficaz que resulta la prescripcion de antibioticos con elevada tasa de resistencias.
-hemos mejorado en el tratamiento de las faringoamigdalitis estreptococicas utilizando en mayor % los antibioticos que son de primer eleccion.
-Nos hemos actualizado en el diagnostico y manejo de estos procesos que tan frecuentes son en la consulta de AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Seria recomendable que sigamos en esta línea de actuación, que por otra parte como se ha incorporado a nuestra rutina de trabajo, creo que continuara, en beneficio de todos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1000 ===== ***

Nº de registro: 1000

Título
MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, GUILLEN SANTOS ISABEL, SOGUERO GARCIA ISAMEL, CATALAN ADIVINACION GLORIA, APARICIO CLEMENTE RAQUEL, ABAD LAGUIA ROSA MARIA, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis aguda es un motivo frecuente de consulta al médico y familia y su etiología más frecuente es viral, pudiendo ser del 5 al 15% por otras causas, fundamentalmente el estreptococo beta-hemolítico del grupo A. A pesar de ello se prescriben con frecuencia antibióticos, hasta el 80% con efectos secundarios para el paciente, selección de resistencias y gasto sanitario innecesario.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, basándose en la valoración clínica inicial y uso de escala de centros modificada por Milsaac, realizando tratamiento antibiótico en las que se sospecha etiología estreptocócica.
MEJORAR LA INDICACIÓN ANTIBIÓTICA, antibiótico adecuado, dosis y días de uso. Primera elección de penicilina o amoxicilina, y en caso de alergias a la penicilina, la josamina y clindamicina, puesto que eritromicina, claritromicina y azitromicina presentan resistencia hasta en el 30 de los casos.
Puesto que este proyecto se ha presentado también en Teruel Ensanche, pensamos que dado que todos los médicos implicados en el mismo o en su mayoría hacen guardias, permitiría asimismo mejorar el tratamiento de estos procesos en la atención continuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

MÉTODO

- 1- Elaboracion de un protocolo de actuación ante la faringoamigdalitis del adulto basado en los criterios de CENTRO.
- 2-Sesion formativa a todos los profesionales sanitarios del centro de salud teruel centro.
- 3-Posibilidad de tratamiento antibiotico diferido segun evolucion: reevaluacion a las 72 horas si persistencia de síndrome febril.

INDICADORES

- 1-Reducir el consumo de antibioticos en faringoamigdalitis del adulto, ante la alta prevalencia de procesos viricos: numero de faringoamigdalitis con tratamiento antibiotico en 2018 con respecto a las faringoamigdalitis con tratamiento antibiotico en 2019.
- 2-Reducir el uso de azitromicina en los procesos faringoamigdalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar el porcentaje de azitromicina pautada en esos procesos en 2018 con respecto a la pautada en 2019.
- 3-Aumentar el tratamiento de faringoamigdalitis estreptococicas con penicilina o amoxicilina: antibiotico de primera eleccion (penicilina o amoxicilina) en faringoamigdalitis estreptococica/ total de antibiotico en faringoamigdalitis aguda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

DURACIÓN

EL PROYECTO SE DESARROLLARÁ A LO LARGO DE TODO EL 2019 CON EL SIGUIENTE CALENDARIO.
ABRIL- Elaboración del protocolo de actuación por el grupo de trabajo del proyecto .
ABRIL-Sesión formativa de presentación a los profesionales del equipo.
SEPTIEMBRE -Valoración de los indicadores a través del programa OMI-AP Y DATA de farmacia.
DICIEMBRE-Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1321

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL GERONIMO CASTILLO GUILLAMON

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TERUEL CENTRO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Salir a caminar en grupos todos los martes y jueves de 16:30 a 17:30 acompañados por el profesorado y alumnado del Instituto.
- Se diseñan siete rutas de diferentes niveles de dificultad y nivel de ejecución.
- Agrupar a los participantes en dos niveles para poder atender las necesidades de cada uno de los usuarios.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO Y RECURSOS EMPLEADOS

CALENDARIO:

Se ha cumplido según lo previsto desde septiembre hasta diciembre de 2019. El IES Francés de Aranda continúa con esta actividad hasta junio de 2020. Los profesionales sanitarios del Centro de Salud Teruel Centro continuarán colaborando.

RECURSOS HUMANOS:

- Plantilla de profesionales sanitarios de enfermería y medicina del Centro de Salud "Teruel Centro"
- Plantilla de profesorado (16 profesores) y alumnado (29 alumnos) del IES Francés de Aranda.

ACCIONES REALIZADAS:

- En marzo de 2019 los Coordinadores del EAP del Centro de Salud Teruel Centro se reúnen con el Director del IES Francés de Aranda, con la Coordinadora del Proyecto Nuria Tartaj Jefa del Departamento de Educación Física y con la Dirección de Atención Primaria. En dicha reunión se acepta el Proyecto, la presentación del mismo al EAP y se acuerda la elaboración y presentación de la receta deportiva.

- En abril de 2019 se presenta el Proyecto al EAP por parte de la Coordinadora del Centro de Salud, Pilar Urbistondo y del Coordinador de Enfermería Miguel Castillo.

- En abril de 2019 tiene lugar la presentación y exposición por parte de la Coordinadora del proyecto del IES Francés de Aranda al EAP.

- Se forma un grupo de trabajo y se designa como responsable del Proyecto al Coordinador de enfermería del Centro de Salud Teruel Centro.

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO:

- En agosto se comienza a extender la receta deportiva.
- Se colocan Posters en las salas de espera.
- Se reparte en todas las consultas del Centro de Salud información impresa para entregar a los pacientes.
- Se recuerda al EAP de la puesta en marcha del proyecto, tanto por correo interno como en las diferentes reuniones de equipo.

- Se mantienen reuniones y conversaciones telefónicas con la Coordinadora del Proyecto para evaluar e informar de la marcha del mismo.

- En noviembre de 2019 con la incorporación de nuevos profesionales Facultativos y de Enfermería al equipo se informa de la participación del EAP del Centro de Salud Teruel Centro en el Proyecto "Caminar" y de las actividades a realizar.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

- Material impreso
- Posters
- Elaboración de receta deportiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Recetas Deportivas emitidas tras acudir a consulta en el Centro de Salud:	40
De estos 40 usuarios realizan la actividad:	11
Recetas Deportivas emitidas por solicitud de los pacientes tras conocer el proyecto:	17
Total de Recetas Deportivas emitidas:	57
Usuarios que tienen la Receta Deportiva y no realizan la actividad:	29
Usuarios que inician la actividad y tienen receta deportiva:	28
Usuarios totales que inician la actividad:	32
Bajas por diferentes motivos:	3
NIVEL DE ASISTENCIA: 89.4 %	

BENEFICIOS:

- Físicos: Se consigue mejorar la resistencia aeróbica.
 - El grupo 1 (nivel de menor intensidad) en septiembre caminaba 3.200 m en 50 minutos y en diciembre 4.100 m en el mismo tiempo 50 minutos.
 - El grupo 2 (nivel de intensidad más alta) en septiembre caminaba 4.300 m en 55 minutos y en diciembre 5.200 m en el mismo tiempo 55 minutos.
- Sociales: Fomenta las relaciones interpersonales en el grupo y con los monitores.
- Emocionales: Combatir la soledad. Utilizar el tiempo libre o de ocio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1321

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

MÉTODO DE OBTENCIÓN Y FUENTES:
Coordinadora del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Escasa implicación del personal sanitario.
- Valorar con mayor precisión los pacientes que puedan ser derivados al programa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
RECETA DEPORTIVA

Autores:

CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO, HERRERO PEREZ ESMERALDA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, POMAR MARTIN MARIA LOURDES, JIMENEZ NOGUES BEATRIZ, PUERTAS SANZ HENAR, ABAD POLO LAURA, MESADO ZAPATA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras solicitar nuestra colaboración en el proyecto "Receta Deportiva" por el IES FRANCÉS DE ARANDA, dentro de sus actividades proyectadas hacia la comunidad, nos ha parecido una buena manera de dar forma y formato a la recomendación tantas veces hecha desde el entorno sanitario y concretamente desde la "Atención Primaria", de promover el ejercicio físico para mejorar el estado de salud a través de las modificaciones del estilo de vida. Utilizando los recursos que el propio instituto tiene, tanto materiales como humanos, queremos dotar de la posibilidad de realizar actividad física (salir a caminar) a todas aquellas personas que por necesidad de salud, por edad o por incapacidad social, necesitan de dicha práctica y no les es fácil realizarla. En la mayoría de los casos de personas mayores de 69 años, no se cumple con los mínimos de actividad física que lo OMS contempla para obtener beneficios en salud. Estos datos no se pueden dejar de lado si se tiene en cuenta que la inactividad física supone la cuarta causa de mortalidad en el mundo. La práctica del ejercicio físico, además de prevenir el riesgo de muerte temprana, ayuda a reducir las enfermedades coronarias, la hipertensión arterial, la diabetes, el Ictus, la depresión. Además, previene el aumento de peso, mejora la capacidad cardiorrespiratoria, la condición ósea y muscular y la calidad del sueño.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Promover de forma activa e individualizada un estilo de vida saludable a través de la prescripción de ejercicio (caminar)
Hacerlo en un formato familiar "la receta deportiva"
Prestar servicios de ejercicio físico con los objetivos de prevención y tratamiento de enfermedades
Dar un servicio a la población de la Zona Básica de Salud de Teruel Centro, para intentar mejorar la calidad de vida y aumentar la actividad
Mejorar la socialización en un entorno urbano, donde hay mucha población sola y envejecida.

MÉTODO

ACTIVIDADES Y OFERTAS

Comunicar al EAP, la existencia del Proyecto "Receta Deportiva"
Actividades acordadas con los profesionales del IES Francés de Aranda.
Elaborar y consensuar con dicho personal, la receta deportiva con la indicación de "Caminar" y las limitaciones sanitarias pertinentes.
Entrega en consulta de Primaria de la prescripción con el calendario y dirección para acceder a dicha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1321

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

actividad.
Participación de algún profesional sanitario en la actividad.

INDICADORES

INDICADORES

Número de personas que acuden a realizar la actividad deportiva / número de personas a las que se les prescribe "receta deportiva"
Porcentaje de personas que manifiestan mejoría de su calidad de vida con respecto al total de personas que acuden a realizar la actividad deportiva
Porcentaje de personas que dejan de realizar la actividad con respecto al total de personas que comenzaron a realizarla
Encuesta de satisfacción

DURACIÓN

DURACIÓN- CALENDARIO

4ª Semana de abril hasta junio de 2019

Etapa Preliminar:

Presentación del proyecto

Presentación de la receta

Elaboración de cartelería.

Inicio: finales de abril.

Septiembre:

Valoración a través del nº de recetas prescritas desde Atención Primaria y entregadas en el IES Francés de Aranda.

Encuesta de satisfacción

Diciembre: Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1380

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA ABAD POLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PROYECTO : 2019_1380 (ACUERDOS DE GESTIÓN)

Hasta el momento actual, de las 8 las actividades iniciales propuestas solo hemos realizado las 3 primeras:

1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
2. Sesión informativa en abril 2019 para explicar la estrategia
3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No tenemos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
 2. Sesión informativa en abril 2019 para explicar la estrategia
 3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.
 4. Selección de la población por factores de riesgo y abrir episodio en OMI de "Cribado sobre la Hepatitis C"
 5. Comprobación de existencia de serologías previas y sino solicitarlas en esta población
 6. Si serología positiva para anticuerpos VHC, solicitar ARN virus. Si éste es positivo, solicitar elastografía.
 7. Si serología y ARN positiva modificar episodio en OMI como "Hepatitis C"
 8. Seguimiento de los pacientes y registro de casos de Hepatitis C.
- Se han realizado los puntos 1,2 y 3. Los puntos 4, 5, 6, 7 y 8 no se han realizado puesto que ha sido complejo reunirse con todos los servicios implicados y consensuar una estrategia común. Además, el hospital carece de los medios necesarios para seguir la Estrategia planteada por lo que se ha tenido que rehacer el protocolo (no hay fibroscan, pero si ecógrafo con capacidad para la realización de elastografía por lo que el paciente no es derivado a una consulta llevada por personal de enfermería entrenado sino directamente interconsulta a digestivo). De la misma manera, no se han podido respetar los tiempos, no ha habido recogida de datos de mayo a octubre 2019. Lo que hemos realizado ha sido la difusión de la estrategia por todos los centros de salud del Sector Teruel. La intención es comenzar a recoger datos de aquí en adelante reestructurando los tiempos, solicitando serologías, registrando casos y siguiendo a los pacientes. A si mismo creemos necesario cambiar algún indicador como por ejemplo, en vez de N° de elastografías solicitadas, n° de interconsultas a digestivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1380 ===== ***

Nº de registro: 1380

Título
CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

Autores:
ABAD POLO LAURA, PLOU IZQUIERDO SARA, CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO, MARTINEZ SANCHEZ MARIA VICTORIA, RAMOS CASTILLO MARIA FUENSANTA, ALANDETE GERMAN LLUIS, ROYO MORENO MIREIA, APARICIO CLEMENTE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cribado de pacientes para diagnóstico de Hepatitis C
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1380

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A raíz de asistir a un seminario sobre la implementación en centros de salud del proyecto estratégico de manejo y control de la hepatitis C como problema de salud pública y con objeto de su eliminación en Aragón, me pareció interesante realizar en el centro de salud Teruel Centro un cribado en población de riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Detectar casos de Hepatitis C en el centro de salud Teruel Centro.
2. Prevenir la adquisición y transmisión mediante el incremento del conocimiento sobre la Hepatitis C en la población general mediante la difusión de trípticos en el centro de salud.

MÉTODO
1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
2. Sesión informativa en abril para explicar la estrategia.
3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.
4. Selección de la población por factores de riesgo y abrir episodio en OMI de "Cribado de la Hepatitis C".
5. Comprobación de existencia de serologías previas y sino solicitarlas en esta población.
6. Si serología positiva para anticuerpos VHC, solicitar ARN virus. Si éste es positivo, solicitar elastografía (petición radiológica)
7. Si serología y ARN positiva modificar episodio en OMI como "HEPATITIS C".
8. Seguimiento de los pacientes y registro de casos de Hepatitis C.

INDICADORES
1. Prevalencia: nºcasos con VHC positiva entre población de riesgo.
2. Nº de casos de ARN positivo.
3. Nº de elastografías solicitadas.
4. Nº de pacientes con seguimiento y /o tratamiento en el servicio de digestivo.

DURACIÓN
1 año. Calendario: Marzo 2019: comunicación del proyecto. Abril 2019: sesión informativa. Mayo a Octubre 2019: recogida de datos. Diciembre 2019: Evaluación resultados del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0405

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTRELLA MONTON BARRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR
ADALID GUILLEN URSULA
IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR
SANCHEZ LORENTE LAURA
TOLOSA TAMAYO ESTBALIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• El día 11 de Junio 2019, se realizó una sesión clínica en el Centro de Salud de Teruel Ensanche. Y el día 12 de Junio de 2019, se realizó otra sesión clínica en el Centro de Salud de Teruel Centro. Con una duración aproximada de 1 hora cada una de ellas. Fueron impartidas por Estrella Montón Barrera y M^a Pilar Lafuente Sánchez, para explicar a todos los Médicos y Enfermeras de ambos centros de salud y a los MAC y EAC de Centro de Salud Teruel Ensanche, nuestro proyecto y pedirles colaboración para determinar la prevalencia de las neumonías por bronco-aspiración que se producen en las diferentes Residencias de ancianos que se encuentran dentro de la zona asistencial del Centro de Salud del Ensanche, durante el tiempo que va a durar la realización de nuestro proyecto. Ambas sesiones clínicas estuvieron acreditadas para todos los participantes.

• El día 13 de Junio de 2019, en la sala de tratamientos de Atención Continuada del Centro de Salud de Teruel Ensanche se dejó una hoja para el registro de casos de Neumonía por Aspiración que ocurren de lunes a viernes de 17 a 8 h y sábados, domingos y festivos de 8 a 8h.
Y también en el mostrador de admisión del Centro de Salud de Teruel Ensanche, se dejó otra hoja para registrar todos los casos de Neumonías por Aspiración que ocurren de lunes a viernes de 8 a 17h.

• Posteriormente elaboramos un tríptico, donde se explicaba el por qué de nuestro proyecto comunitario, los objetivos que queríamos alcanzar y las actividades.

• El día 7 de Septiembre nos reunimos con los Responsables de la Residencia de San Pablo para informarles de nuestro proyecto y dejándoles el tríptico para que pudieran informar de nuestro proyecto a sus trabajadores y/o cuidadores.

• El día 14 de Octubre nos reunimos con los Responsables de la Residencia de Los Paules para informarles también de nuestro proyecto y dejándoles el tríptico.

• Y el 26 de Noviembre nos reunimos con los Responsables de la Residencia de San Hermenegildo .

• Los días 17 y 18 de Diciembre nos volvimos a reunir con los Responsables de las 3 Residencias para comentar que les había parecido nuestro proyecto y concretamos las días en los que se impartiría los talleres.

• El día 22 de Enero de 2020 a las 10:00 horas se impartió un Taller en la Residencia de Los Paules con una duración aproximada de 2 horas, donde acudieron cuidadores tanto de la Residencia de Los Paules como de la Residencia de San Pablo.

• El día 22 de Enero de 2020 a las 17:00 horas se impartió un Taller en la Residencia de San Pablo con una duración aproximada de 2 horas, donde acudieron cuidadores tanto de la Residencia de Los Paules como de la Residencia de San Pablo.

• El día 23 de Enero de 2020 a las 10:30 horas se impartió un Taller en la Residencia de San Hermenegildo con una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

• Desde Junio de 2019, que se impartieron las Sesiones Clínicas a todos los médicos y enfermeros de ambos centros de salud y a los MAC y EAC del Centro de Salud Teruel Ensanche, se han registrado 10 casos de neumonías por bronco-aspiración en las Residencias cuya zona asistencial pertenece al centro de salud del ensanche, los cuales se han registrado solamente en fines de semana y festivos, lo que resulta un dato sorprendente y muy curioso.

• De los 10 casos registrados, han fallecido 5, lo que supone el 50% de los casos y han sobrevivido otros 5, lo que también supone el 50 % de los casos.

• Durante la realización del taller en la diferentes Residencias podemos obtenemos los siguiente resultados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0405

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

- Primero se realizó una encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los cuidadores. (El 60% contestaron de forma correcta y el 40% de forma errónea).

- Y al finalizar el taller se realizó también una encuesta posterior para determinar el grado de adquisición de conocimientos. (El 100% contestaron de forma correcta).

• Y según el número de cuidadores que han participado en los talleres del total de los cuidadores que hay en cada residencia obtenemos los siguientes resultados:

- Entre la Residencia de San Pablo y los Paules han participado un total de 35 cuidadores de un total de 46 cuidadores, lo que supone un 76%.

- En la Residencia de San Hermengildo han participado un total de 9 cuidadores (8 TCAE y un trabajador social) de un total de 15 TCAE y 1 trabajador social, lo que supone un 56%

• A todos los participantes se les pasó una encuesta de satisfacción. La nota media que obtuvimos es de un 8,5. Valorando con puntuación muy alta los conocimientos que tenemos acerca de la materia y la forma de transmisión de los conocimientos. Y valorando con notas inferiores las condiciones y lugares de las salas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las Residencias de Ancianos en el lugar donde se producen la mayor parte de neumonías por bronco-aspiración por lo que constituye sin duda, un ambiente idóneo para que los cuidadores sepan como actuar para prevenir las neumonías por bronco-aspiración y en caso de que se produzcan como actuar de manera correcta.

Los cuidadores de las Residencias de Ancianos (TCAE, Técnicos en Atención Socio-sanitaria y Asistentes sociales), a través de una presentación en power-point y después con la impartición de un taller práctico aprendieron:

- Qué es una disfagia.
 - Tipos de disfagia.
 - Cómo dar los alimentos ante disfagias a líquidos o sólidos
 - Cómo actuar antes posibles neumonías por bronco-aspiración.
 - Cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios, practicando la colocación de los tubos de guedel, cómo abrir y cerrar una bombona de oxígeno, tipo de mascarillas a utilizar ante una dificultad respiratorias, manejo de los aspiradores de secreciones, Maniobra de Heimlich, la Posición Lateral de Seguridad, la Reanimación Cardio-Pulmonar y utilización de los DESA.
 - También se les recomiendo que en todas las residencias haya una bombona de oxígeno por planta, con una mascarilla tipo Ventimask que se debe reponer tras cada uso.
- (Los talleres se realizaron los días 22 y 23 de Enero y los días 25 y 26 de Enero cuando desde Atención Continuada del Centro de Salud Teruel Ensanche tuvimos que ir a realizar algún aviso observamos que en todas las Residencias habían seguido nuestro consejo).

• Todos los cuidadores mostraron un gran interés por la actividad y la han valorado como positiva, porque aprenden cosas muy importantes que les son útiles para realizar de forma más efectiva su trabajo. Muchos nos han transmitido que les gustaría que este taller se realizara de forma anual. Y algunos de los cuidadores que trabajan en las Residencias y que no pudieron asistir, nos han transmitido que les gustaría que se repitiera dicho taller.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/405 ===== ***

Nº de registro: 0405

Título
LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

Autores:
MONTON BARRERA ESTRELLA, ADALID GUILLEN URSULA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, SANCHEZ LORENTE LAURA, TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0405

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tenemos una población muy envejecida que ha conllevado la proliferación de las residencias de ancianos en nuestra ciudad. Por ello, creemos conveniente proyectar talleres para mejorar la formación y destreza ante pacientes institucionalizados en residencias que presentan disfagias.
Además desde nuestro servicio de atención continuada en el centro de salud de Teruel Ensanche, hemos detectado que un número significativo de los avisos a domicilio en las residencias son "Neumonías por broncoaspiración".

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar y dotar a los cuidadores de habilidades y herramientas que les ayuden a prevenir situaciones de emergencia y actuar ante ellas.

MÉTODO
- Sesión clínica en el centro de salud de Teruel Ensanche en el segundo trimestre de 2019 para explicarle al Equipo de Atención Primaria nuestro proyecto y pedirles colaboración para determinar la prevalencia de las neumonías por broncoaspiración que se producen en las diferentes residencias, durante el tiempo que dure nuestro proyecto.
- Y a los cuidadores de las residencias se harán actividades para conocer que es una disfagia, medidas higiénico-dietéticas para su prevención y talleres para enseñar cómo deben de actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los servicios sanitarios.

INDICADORES
- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los cuidadores.
- Encuesta posterior para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizado los talleres.
- Número de cuidadores que han participado en el taller / número total de cuidadores.
- Encuesta de satisfacción a los que recibirán la formación.

DURACIÓN
Desde Marzo 2019 hasta Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0561

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN GALLARDO GANUZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ DIAZ TANIA
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA
PEREZ DIEZ CRISTINA
MARCO CATALAN MARIA PILAR
ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En abril se formó el grupo de trabajo y se elaboró el protocolo de actuación.
En mayo se dió sesión formativa a los miembros del centro de salud y a los médicos de atención continuada.
Como una vez iniciado el proyecto, se autorizó a utilizar el test rápido del estreptococo en adultos, se proporcionó nueva formación en junio y se explicó cómo registrar el uso del test en OMI-AP.
En septiembre se realizó una nueva sesión formativa para recordar el proyecto.
En enero se hizo valoración de los resultados con el DATA de farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los resultados de DATA de Farmacia, se han alcanzado los siguientes resultados:

- Se ha reducido el consumo de antibióticos en los procesos faringoamigdalares agudos durante este año 2019: en diciembre 2018 se habían tratado 4656 y en diciembre de 2019 un total de 4015, un 13,8% menos. Ha aumentado el tratamiento de la amigdalitis estreptocócica (del 12,6% al 14,9%) y disminuido el de las faringitis agudas (del 69,7% al 65,6%).
- Se ha reducido la prescripción de azitromicina en estos procesos, del 32% en diciembre 2018, al 25,6% en diciembre de 2019.
- El uso preferente de penicilina o amoxicilina en las faringoamigdalitis estreptocócicas ha aumentado de 61,4% en diciembre de 2018 al 74,5% en diciembre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han logrado los resultados esperados, disminuyendo el tratamiento antibiótico en procesos faringoamigdalares agudos del adulto, reduciendo la prescripción de azitromicina y aumentando el uso de antibiótico de primera elección en faringoamigdalitis agudas estreptocócicas.

Ante la importancia de reducir el consumo de antibióticos en este tipo de procesos, que en su mayor parte son víricos, y diagnosticar de forma correcta los procesos estreptocócicos, nos planteamos la necesidad de seguir informando y sensibilizando a los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/561 ===== ***

Nº de registro: 0561

Título
MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
GALLARDO GANUZA CARMEN, DIAZ DIAZ TANIA, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, PEREZ DIEZ CRISTINA, MARCO CATALAN MARIA PILAR, ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0561

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda es un motivo frecuente de consulta al médico de familia y su etiología más frecuente es viral, pudiendo ser del 5 al 15% por otras causas, fundamentalmente el Estreptococo beta-hemolítico del grupo A. A pesar de ello se prescriben con frecuencia antibióticos, hasta el 80%, con efectos secundarios para el paciente, selección de resistencias y gasto sanitario innecesario.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la aproximación diagnóstica, basándose en la valoración clínica inicial y uso de escala de Centor modificada por Milsaac, realizando tratamiento antibiótico en las que se sospecha etiología estreptocócica. Mejorar la indicación antibiótica: antibiótico adecuado, dosis y días de uso. Primera elección de penicilina o amoxicilina y, en caso de alergias a la penicilina, la josamina o clindamicina, puesto que eritromicina, claritromicina y azitromicina presenta resistencia hasta en el 30% de los casos.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo de actuación ante la faringoamigdalitis aguda del adulto
2. Sesión formativa a todos los profesionales sanitarios del CS Teruel Ensanche
3. Realización de hoja informativa para los pacientes
4. Posibilidad de tratamiento antibiótico diferido según la evolución

INDICADORES

1. Reducir el consumo de antibióticos en faringoamigdalitis, ante la alta prevalencia de procesos víricos: número de faringoamigdalitis con tratamiento antibiótico a 31 de diciembre de 2018 con respecto a las faringoamigdalitis con tratamiento antibiotico a diciembre 2019
2. Reducir el uso de azitromicina en los procesos faringoamidales agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar el porcentaje de azitromicina pautada en esto procesos en el 2018 con respecto a la pautada en 2019
3. Aumentar el tratamiento de faringoamigdalitis streptococicas con penicilina o amoxicilina: antibióticos de primera eleccion (penicilina y amoxicilina) en faringoamigdalitis aguda estreptococica/total de antibióticos.

DURACIÓN

El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2019, con el siguiente calendario:
Marzo: elaboración del protocolo de actuación por el grupo de trabajo del proyecto y realización de hoja informativa para los pacientes
Abril: sesión formativa de presentación a los profesionales del Equipo
Septiembre: valoración de los indicadores a través de programa OMI-AP y DATA de farmacia
Diciembre: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA ORO MARIA JESUS
ROMERO POBO DOMINICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero 2019:

- Elaboración de power point sobre nociones básicas en cuidados de espalda, que se empleará en las charlas a impartir en los centros escolares.
- Elaboración de un tríptico con la aprobación de Dirección de Atención Primaria, que se entregó después de la charla a cada uno de los alumnos.
- Concertar las fechas con la dirección de los centros educativos para la realización de las charlas.

Febrero 2019:

- 21/02/19: Realización de las primeras charlas en colegio La Fuenfresca en primer ciclo de primaria (cursos 1º y 2º de primaria). Se impartieron 2 charlas; una para alumnos de 1º de primaria en la que participaron un total de 56 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 1º primaria. Y otra charla para alumnos de 2º de primaria en la que participaron un total de 53 alumnos que corresponden al 99% de alumnos de 2º primaria, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas. Charlas impartidas en curso escolar 2018-19.
- 27/02/19: Publicado en Diario de Teruel el artículo sobre la realización de esta actividad en el colegio Fuenfresca.

Mayo 2019:

- 07/05/19: Realización de 2 charlas en colegio Las Viñas en primer ciclo de primaria (cursos 1º y 2º de primaria). Se impartió una para 1º de primaria en la que participaron 40 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 1º primaria, y otra charla para alumnos de 2º de primaria en la que participaron 50 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 2º primaria, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas. Curso escolar 2018-19.
- Elaboración y entrega de encuesta sobre la actividad realizada, a responder por parte de los tutores de los cursos correspondientes.

- La charlas de febrero y mayo de 2019 corresponden al curso escolar 2018-19.

Diciembre 2019:

- Las charlas realizadas en diciembre 2019 corresponden al curso escolar 2019-20.
- En este curso escolar 2019-20 se amplía la oferta de la actividad al Colegio La Salle y se mantiene para los alumnos de 1º de primaria de los colegios La Fuenfresca y Las Viñas que ya habían realizado la actividad el curso anterior (2018-19), por lo que sólo se realizarán las charlas en los cursos de 1º de primaria.
- 03/12/19: Se impartió una charla en Colegio La Salle para alumnos de 1º de primaria en la que participaron 45 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 1º de primaria.
- 05/12/19: Se impartió otra charla en Colegio La Salle para alumnos de 2º de primaria en la que participaron 50 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 2º de primaria, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas.
- 12/12/19: Se impartió una charla en Colegio La Fuenfresca SOLAMENTE para alumnos de 1º de primaria, puesto que en febrero 2019 (curso anterior) se impartió la charla a los cursos 1º y 2º. En esta ocasión 3 vías de 1º primaria con un total de 69 alumnos de un total de 72 alumnos que corresponde al 95,83% de alumnos de 1º de primaria.

Enero 2020:

- 27/01/20: Se impartió una charla en Colegio Las Viñas SOLAMENTE para alumnos de 1º de primaria, puesto que en febrero 2019 (curso anterior) se impartió la charla a los cursos de 1º y 2º. En esta ocasión 2 vías de 1º primaria con la participación de un total de 37 alumnos de un total de 42 alumnos que corresponde al 88,09% de alumnos de 1º de primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Por parte de la Unidad de Fisioterapia de Centro de Salud Teruel Ensanche, se ha fomentado la participación comunitaria concienciando a la población infantil de 6 y 7 años de forma activa en su salud, adquiriendo conocimientos elementales de higiene postural en el ámbito escolar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

- Se ha enseñado a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Se han realizado recomendaciones a la población escolar sobre la manera correcta de transportar el material escolar (adecuada colocación de mochilas) y hábitos posturales correctos dentro del aula (cómo sentarse adecuadamente).
- Se ha fomentado la realización de actividad física y participación en actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

- Diario de Teruel publicó con fecha 27/02/2019 un artículo sobre la actividad realizada en el Centro Educativo La Fuenfresca. En él, la redacción del Diario destaca la actitud participativa por parte de los escolares. Diario de Teruel explica en su artículo que la Fisioterapeuta insistió en su charla en la importancia de cuidar la espalda desde la edad infantil para prevenir posibles lesiones y en fomentar la actividad física entre los escolares como parte de unos hábitos de vida saludables.

- Los resultados de las encuestas contestadas por los tutores de los cursos donde se realizó la actividad (1º y 2º de primaria) son los siguientes:
 - o Todos consideran que la actividad ha resultado interesante para los alumnos de Primer Ciclo de Educación Primaria (1º y 2º curso de primaria) y que los contenidos se adaptan a la población infantil.
 - o Todos los cursos en los que se impartieron las charlas, trabajaron el tema de "cuidado de espalda". Algunos lo habían trabajado en temas de salud previo a impartir las charlas y comentan los tutores que sirvió de refuerzo. Otros tutores indican que trabajaron el tema a partir de la charla.
 - o Todos los tutores opinan que es adecuado el nivel sobre el que se ha trabajado (1º y 2º de primaria), y algunos indican que sería interesante trabajarlo incluso en niveles más tempranos (infantil) o también en niveles superiores ampliando los contenidos..
 - o Todos los tutores creen que los alumnos han adquirido conocimientos básicos sobre nociones de higiene postural y consideran apropiado continuar con la actividad en el mismo nivel (1º Ciclo de Primaria) durante cursos posteriores.

- Esta actividad se va a ofrecer dentro de las actividades de la Agenda Comunitaria del Centro de Salud Ensanche para el próximo año 2020.

- Indicadores:
 - Número de centros: 3
 - Número de alumnos/ total de alumnos del ciclo: 400/410
 - Número de charlas / centro educativo: Total charlas: 8

- o La Fuenfresca: 3
- o Las Viñas: 3
- o La Salle: 2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La responsable del proyecto, Fisioterapeuta de Área Mª Teresa Muñoz Tomás, valora la actividad muy positivamente ya que al ser algo nuevo no realizado previamente no se sabía la aceptación que tendría.
- Tanto la disponibilidad de los Centros Educativos para realizar las charlas como las respuestas a las encuestas por parte de los tutores de los cursos en los que se realizó la actividad, hacen concluir el interés que dicho proyecto ha generado en la comunidad educativa como una importante tarea de educación para la salud desde los centros sanitarios en colaboración con los centros educativos.
- También se valora positivamente haber alcanzado los objetivos iniciales del proyecto.
- A pesar de la finalización como Proyecto de Mejora de Calidad, la actividad de impartir la charla al menos en los centros educativos ya iniciados, es de gran importancia por el interés suscitado, por lo que al finalizar el proyecto dicha actividad continuará como actividad comunitaria desde la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria del Centro de Salud Teruel Ensanche para cursos escolares sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Autores:
VILLA ORO MARIA JESUS, MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, ROMERO POBO DOMINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.

Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares.

La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la participación comunitaria involucrando a la población infantil de forma activa en su salud.
- Enseñar a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales adecuados.
- Dar recomendaciones a la población escolar sobre la correcta colocación de mochilas y sobre hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Fomentar la realización de actividad física y la participación en aquellas actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

MÉTODO

Las acciones previstas para lograr estos objetivos consistirán en una serie de charlas a los alumnos de Educación Primaria de algún centro educativo de Teruel capital en las que se insistirá en hábitos posturales correctos por parte de un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria y fomentar estilos saludables respecto a la inactividad física en la población infantil.

Las charlas se impartirán a los alumnos de Educación Primaria intentando dar cobertura al mayor número de alumnos posible según disponibilidad de tiempo y alumnado, con una metodología activa y participativa potenciando la intervención entre los escolares para que sean protagonistas de su aprendizaje.

Estas charlas serán de una hora de duración aproximadamente concertándolas previamente con la Dirección del Centro Educativo.

INDICADORES

- Número de Centros Educativos en los que se impartirá la formación.
- Número de niños asistentes a las charlas / número de niños de Educación Primaria del Centro Educativo en el que se imparten las charlas.
- Porcentaje de niños escolarizados que sufren dolores de espalda.
- Número de charlas impartidas / Centro Educativo.

DURACIÓN

- Duración de cada charla será de una hora aproximadamente.
- Responsable: Un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria.
- Plan de comunicación: Los responsables del Centro Educativo informarán en tiempo y modo a los escolares de la realización de la actividad.
- Fecha de inicio: Septiembre 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y elaboración de folletos (tipo díptico o tríptico) para difundir entre los escolares.
- A partir de Octubre 2018: Inicio de las charlas programadas adecuadamente.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con posibilidad de continuar en el siguiente curso escolar o aumentar el número de Centros Educativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA ROSA MORALEDA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA SORIANO BEATRIZ
MONTON GASCON BEATRIZ
MARTIN PRIETO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ENERO 2019 : Realizado por la responsable del proyecto

- Revisión y actualización de las presentaciones en Power point sobre Salud Bucal y Hábitos higiénico Dietéticos saludables, para niños de 1º de Primaria.
- Revisión y actualización de las presentaciones en Power point sobre correcto cepillado dental para niños de 2º de Primaria.
- Realización nuevo Power Point formato CHARLA-TALLER para niños que se realizará en centros con niños de distintas edades (de 6 a 12 años)
- Puesta en marcha de la actividad informando al profesorado de los distintos Centros Escolares de la apertura de plazo para inscripción en el Programa de Colgate " sonrisas brillantes " donde posteriormente nos envían Cepillos y pastas dentales para la realización de los Talleres.
- Preparación de material necesario para la realización de las actividades (tanto para las charlas como para los talleres)
- Concertar las fechas con la dirección de los centros educativos .
- Organización de Agenda.
- Elaboración un tríptico por parte de la higienista Dental, aprobado por la Dirección de Atención Primaria con información orientada a los padres sobre el inicio de los cuidados bucodentales de sus hijos.

ENERO A DICIEMBRE 2019 :

ACTIVIDADES : Las realizan Susana Rosa Moraleda (responsable del proyecto) . junto con las demás componentes del equipo : Beatriz Barrera Soriano, Beatriz Montón Gascón y Maria Luisa Martín Prieto

- CHARLAS : Dirigidas a niños de 1º de Primaria : Duración de 1 hora y media cada una (con grupos de 20 niños aproximadamente cada charla)
- Realizadas por Susana Rosa Moraleda, Beatriz Barrera Soriano y Beatriz Montón Gascón.

Se realizaron: - 04/02/19 en CEIP Fuenfresca (3 Charlas)

- 09/01/2019 en CEIP Anejas (3 Charlas)

- TALLERES : Dirigido a niños de 2º de Primaria : Duración de 2 horas cada una (con grupos de 20 niños aproximadamente cada taller) .

Realizados por Susana Rosa Moraleda y Maria Luisa Martín Prieto, junto con los alumnos del módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del IES Vega del Turia.

Se realizaron : - 15/01/19 en CEIP Fuenfresca (3 Talleres)

- 10/10/19 en CEIP Anejas (4 Talleres)

- CHARLA - TALLER : Como novedad este año ante la gran aceptación y demanda de otros centros se ha probado a hacer única CHARLA-TALLER para niños de otras edades, para comprobar su funcionamiento :

Realizadas por Susana Rosa Moraleda y Maria Luisa Martín Prieto, junto con los alumnos del módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del IES Vega del Turia.

Se realizaron : - 10/01/19 en CEIP Ensanche (3 Charlas- Taller) . 4º de Primaria

- 18/10/19 en CEIP Ensanche (3 Charlas - Taller) . 3º de Primaria

- 17/01/20 en CRA TURIA : San Blas y Villaespesa (2 Charlas- Taller)

De 1ª a 6º de Primaria.

- Cada niño una vez finalizada la actividad ha cumplimentado una encuesta para comprobar la efectividad .

- Hemos facilitado una encuesta al profesorado para saber qué les ha parecido las charlas y los talleres y si creen que es adecuada y útil. El resultado ha sido satisfactorio, indicando los profesores lo beneficioso que han sido estas actividades para sus alumnos.

- Estas Actividades se han seguido Publicado en un Periódico Local " Diario de Teruel " como oferta desde la Unidad De Salud Bucodental de Teruel del Centro de Salud de Teruel Ensanche (16/01/19, 22/01/2020)

- Participación de Susana Rosa Moraleda como ponente del SEMINARIO CIENTIFICO DEL PAPEL DEL HIGIENISTA DENTAL EN ODONTOLOGÍA COMUNITATIA que se ha celebrado en Zaragoza el 25/01/20 dando a conocer el proyecto, con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

participación de Higienistas Dentales de otras Unidades de Salud Bucodental del SALUD y de otras Comunidades Autónomas en el que han asistido sobre 110 profesionales de la salud bucodental. Desde un periódico local " Diario de Teruel " se ha dado difusión de la participación de la responsable del proyecto en este evento (23/01/2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación muy positiva por parte del alumnado y colaboración activa del profesorado de los distintos Centros Educativos:

Participación Niños de 1º de Primaria del 96.58% :

- CEIP Fuenfresca (56 niños de los que participaron 53).

- CEIP Anejas (61 niños de los que participaron 60).

Participación Niños de 2º de Primaria del 98.57%:

- CEIP Fuenfresca (57 niños de los que participaron 57).

- CEIP Anejas (83 niños de los que participaron 81).

Participación niños de 3º de Primaria del 100%

- CEIP Ensanche (58 niños de los que participaron 58)

Participación niños de 4º de primaria del 96.60%

- CEIP Ensanche (59 niños de los que participaron 57).

En CRA TURIA han participado niños de 1º a 6º de Primaria un total de 66 niños con una participación del 100%

- San Blas : 1º (5 niños) / 2º (7 niños)/ 3º (5 niños)/ 4º (6 niños)/5º(8 niños)y

6º (10 niños)

- Villaespesa : 1º (3 niños)/2º (4 niños)/3º (5 niños)/4º (4 niños) /

5º (5 niños)/ 6º (4 niños).

Se ha empleado un total de 39 horas de jornada laboral para realizar todas las actividades; distribuidas en :

- CHARLAS : 9 horas

- TALLERES : 14 horas.

- CHARLAS-TALLER : 16 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las encuestas que se realizaron a los alumnos hemos observado que los niños están muy concienciados de la importancia de su salud Bucal y que la información que les hemos facilitado la asumen como una parte importante de su salud bucodental.

El profesorado nos ha comunicado que este tipo de actividades les es muy útil para trabajar posteriormente con los alumnos, donde ellos refuerzan lo que los niños han aprendido con respecto a los hábitos higiénico dietéticos saludables.

Todos los integrantes del proyecto consideramos que es una actividad que consiste en fomentar la Salud Bucodental en edad Infantil, esta edad es muy importante para adquirir hábitos higienico dieteticos saludables, que perdurarán a lo largo de sus vidas.

Este proyecto se da por finalizado, pero se ofertará en años sucesivos como actividad Comunitaria dentro del Centro de Salud Teruel Ensanche, por la necesidad demandada por parte de los docentes ya que han expresado su deseo de continuación.

Como idea de futuro nos parece adecuado intentar incluir este proyecto en RAPPS en el próximo año ; ya que creemos que reúne las características de promoción de la salud a través de un equipo multidisciplinar .

En breve la Agenda Comunitaria del Centro de Salud de Teruel Ensanche estará disponible y este proyecto " Salud Bucodental en Edad Infantil " forma parte de ella

7. OBSERVACIONES.

Colaboración positiva con Profesorado y alumnos del Módulo de 2ª Curso del ciclo formativo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del IES Vega del Turia de Teruel

*** ===== Resumen del proyecto 2018/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Autores:
ROSA MORALEDA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Caries y enfermedad de las encías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Salud Bucodental de Teruel (USBD), se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a la Promoción - Prevención de la salud bucal infantil; así como a la información sobre PABIJ (Programa de atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón).
Los niños que acuden a nuestra unidad, en la mayoría de los casos ya han desarrollado " caries dental " u otras patologías y tanto ellos como sus padres desconocen qué tipo de actuaciones son importantes y necesarias para evitar la enfermedad. Aquí también tenemos que informar de en qué consiste el PABIJ y qué prestaciones ofrece.
La importancia de este proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías, intentando conseguir un cambio en los hábitos dietético-higiénicos; así como concienciar a los niños y a través de ellos a los padres de la necesidad del cuidado de nuestra boca desde la infancia y también de la importancia de revisiones y visitas asiduas a nuestra Unidad de Salud bucodental.
Todo esto lo podremos desarrollar por medio de Charlas y Talleres en los colegios de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS

Educación para la Salud de todos los asistentes respecto a :
- La importancia de tener una Boca Sana desde la infancia; de los problemas que nos pueden surgir; el motivo de por qué se producen las Caries y enfermedad de las encías.
- Qué podemos hacer para no desarrollar la Enfermedad. (Caries, enfermedad de las encías ...)
- Alimentación saludable.
- Correcto Cepillado de Dientes.
- Los beneficios de acudir a la Consulta dental asiduamente.

MÉTODO

Consiste en un conjunto de Charlas y Talleres con una presentación en Power point; según edad en los Colegios de Primaria de la localidad, en grupos de 20-40 niños aproximadamente ; dependiendo de la oferta de las aulas, de las instalaciones y de los docentes de cada colegio.
Para la realización de las distintas actividades nos desplazaremos a cada Colegio; en horario más conveniente tanto para la Unidad como para los Centros educativos; a concretar con la Dirección.

INDICADORES

- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 1º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 1º de Educación Primaria del Centro.
- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 2º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 2º de Educación Primaria del Centro.
- Tiempo empleado en la realización de la Actividad / total de tiempo de Jornada de trabajo en la USBD de Teruel.

DURACIÓN

- ENERO 2018 : Diseño, realización de Charla y Taller (Power Point).
- ENERO a DICIEMBRE 2018 : Realización de las Actividades de 1º y 2º de Educación Primaria en los distintos Colegios.

Esta ACTIVIDAD tendrá una continuidad en años sucesivos ; dependiendo del calendario escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL BLAZQUEZ ORNAT
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO ABANTO ANA
MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES
SALAS FERRER VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La escuela de personas cuidadoras del C.S. de Utrillas dio comienzo con una sesión de presentación el día 16 de julio en la que estuvieron presentes las cinco personas cuidadoras que, después del proceso de selección, accedieron a participar y todas las integrantes de este proyecto (con respecto a la propuesta inicial al equipo de mejora se sumó la enfermera María Ángeles Montón, tras sus baja médica. Además se contó con la colaboración de la fisioterapeuta Cristina Burriel -en sustitución de Inmaculada Sanz que se jubiló- y la trabajadora social, Carmen Garcés.

El proceso de selección de esta experiencia piloto realizada en un solo cupo del centro de salud se realizó localizando en la cartera de servicios aquellos pacientes con la etiqueta diagnóstica en OMI "Paciente inmovilizado-terminal-dependiente". Se obtuvieron un total inicial de 14 personas, de ellos se eliminaron aquellos institucionalizados, quedando finalmente nueve. De estas nueve personas con dependencia en diferente grado, seis eran mujeres y tres hombres. Posteriormente, se identificaron a sus personas cuidadoras principales y tras contactar con ellas su enfermera, accedieron a participar en este proyecto un total definitivo de cinco personas cuidadoras. De ellas, dos, a consecuencia de problemas familiares y el fallecimiento del familiar cuidado abandonaron esta experiencia piloto. Por tanto, el perfil de las personas cuidadoras que asistieron de manera regular a la escuela puede resumirse en: dos mujeres y un hombre con una edad media de 62,2 años, que cuidaban de tres mujeres con una media de edad de 83,6 años, dos con patología fundamental de dependencia, Alzheimer y una tercera, con pluripatología, y con un parentesco familiar de esposo, nuera e hija. Las tres personas cuidadoras llevaban más de siete años cuidando de su familiar, dos de ellas más de 10 años, solo una disponía de ayuda ocasional de otro familiar y otra contaba con ayuda externa contratada unas horas al día.

Los puntos clave de esta primera sesión fueron:

- Presentación general de la escuela
- Presentación integrantes del equipo de mejora
- Objetivo de la escuela
- Expectativas del equipo de mejora y del proyecto que se iniciaba
- Presentación de cada cuidadora y de la persona que cuida
- Expectativas que tienen las personas participantes
- Presentación calendario, horario y tema de las sesiones.
- Administración de los cuestionarios previstos (WHOQOL-BREF, Duke-Unc 11, y se entregó el cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit para su cumplimentación en domicilio). Tras el análisis de estos cuestionarios se obtuvieron los primeros datos a este respecto de las personas participantes, que se exponen en el apartado de resultados.

Desde la presentación, cada quince días y con una duración de 1h-1:30h, se realizaron las diez sesiones correspondientes a un programa que se diseñó con unas destinadas al cuidado de las personas dependientes y otras, al autocuidado de las personas cuidadoras. Por un lado, la información o puntos clave tratados en las sesiones relativas al autocuidado de la persona cuidadora se pueden presentar de la siguiente manera:

Las sesiones de "autocuidado: gestión de sentimientos" y "autocuidado: autoestima y vida social" tuvieron como objetivo el dar herramientas a las personas cuidadoras para mantener una buena relación con su familiar y saber manejar su enfermedad, ya que estos procesos al ser largos normalmente crean conflictos y sentimientos de culpabilidad. Se trabajaron los conceptos de asertividad y autoestima, el manejo de sentimientos y se reforzaron actitudes como la de saber delegar y retirar peso de la "mochila".

En la sesión de "recursos sociosanitarios: información básica" se explicó las principales prestaciones y servicios, ayudas o beneficios (solicitud de valoración de dependencia y acceso a las prestaciones del sistema, solicitud de reconocimiento de discapacidad, ayudas individuales IASS para discapacidad y dependencia, ayudas para desplazamientos, ayudas para la compra de material ortoprotésico...etc.) a los que pueden optar las personas con dependencia o discapacidad, incluyendo también información sobre los trámites para el reconocimiento de discapacidad o situación de dependencia. Se les informó también sobre el lugar de realización de los trámites, datos de contacto...etc y se les ofreció la posibilidad de acudir a una cita individual con la trabajadora social si precisaban de más información o la realización de algún trámite concreto. Al finalizar la sesión, se les facilitó un documento que contenía los puntos clave tratados.

Finalmente, el objetivo de los talleres de fisioterapia "movilización de personas dependientes" y "autocuidado: relajación y estiramiento muscular" fue proporcionar al cuidador/a herramientas que le permitieran un mejor manejo de las situaciones de mayor esfuerzo tanto a nivel físico como emocional (movilizaciones, transferencias de peso, estrés y síndrome del cuidador...). A la finalización de cada taller, se les facilitó un documento con toda la información proporcionada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Por su parte, la información o puntos clave tratados en las sesiones relativas al cuidado de las personas dependientes se pueden presentar de la siguiente manera:

En las charlas sobre los "cuidados: medicación y sueño", y "cuidados respiratorios y prevención de infecciones" se trataron aspectos relativos a la medicación, tipos y administración de la misma a la persona dependiente con el objetivo de aumentar la seguridad de la persona cuidadora reduciendo los miedos a sus efectos y posibles olvidos. Se habló del sueño y sus trastornos, tanto para el paciente como para el cuidador, y las formas de conseguir un descanso favorecedor para ambos. También se hizo referencia a los cuidados respiratorios más básicos y la forma de prevenir las infecciones más fundamentales.

En la sesión de "cuidados: comunicación y situaciones de crisis" se enfatizó en la importancia de la comunicación como parte del cuidado al ser una herramienta indispensable para poder proporcionar unos buenos cuidados. Se presentaron los factores que pueden entorpecer el clima comunicativo con la persona dependiente pero también las estrategias que podían mejorarlo. De igual modo, los factores que suelen limitar la capacidad de comunicación de la persona que se cuida y las herramientas y estrategias que permiten comunicarse mejor cuando hay un impedimento físico o psíquico. Finalmente, se vieron las alteraciones de la conducta más comunes de la persona dependiente y algunas de las estrategias que puede poner en marcha la persona cuidadora en estas situaciones de crisis.

En las sesiones de "cuidados: higiene y úlceras", y "cuidados: alimentación y eliminación" se presentó un resumen de los cuidados básicos para mantener unos hábitos higiénicos adecuados, cómo debe hacerse un aseo en la cama y cómo movilizar a un enfermo a través de cambios posturales o movilizaciones pasivas de sus articulaciones. También se repasó en profundidad una de las complicaciones más habituales en las personas dependientes: las úlceras, viendo cuales eran los factores de riesgo más importantes en su aparición y la manera de prevenirlos. Por otro lado, se repasó la composición de una dieta equilibrada y el caso de tres problemas relacionados con la eliminación: la incontinencia urinaria, fecal y diarreas, explicando sus cuidados más precisos y fundamentales.

Aunque en el proyecto en una última sesión se preveía el volver a pasar los tres cuestionarios (WHOQOL-BREF, Duke-Unc 11 y Zarit), se consideró como un indicador más sensible para la medición del impacto que podría haber tenido la escuela el administrar un cuestionario tipo likert elaborado por el equipo y realizar un grupo focal en el que se debatieron aspectos tales como lo que más/menos les había gustado o servido de la escuela, lo que debería cambiarse, la idoneidad de los temas abordados, sus propuestas de cambios... En esta sesión final, se les entregó un dossier elaborado con todas las sesiones impartidas en la escuela.

En síntesis, el programa impartido, con sus fechas (que se alteraron mínimamente a lo largo de los meses) y persona responsable fue:

- Presentación escuela (16 de julio, Isabel Blázquez)
- Autocuidado: gestión de sentimientos (30 de julio, Victoria Salas)
- Autocuidado: Autoestima y vida social (13 de agosto, Victoria Salas)
- Recursos sociosanitarios: información básica (27 de agosto, Carmen Garcés)
- Higiene y úlceras por presión (10 de septiembre, Ana Calvo)
- Cuidados: alimentación y eliminación (24 de septiembre, Ana Calvo)
- Cuidados: medicación y sueño (8 de octubre, M^a Ángeles Montón)
- Cuidados respiratorios y prevención de infecciones (22 de octubre, M^a Ángeles Montón)
- Comunicación: problemas y situaciones de crisis (5 de noviembre, Isabel Blázquez)
- Movilización de personas dependientes (19 de noviembre, Cristina Burriel)
- Autocuidado: relajación y estiramiento muscular (3 de diciembre, Cristina Burriel)
- Cierre y despedida de la escuela (17 de diciembre, Isabel Blázquez)

Por último y en lo relativo a la difusión o acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales este proyecto y sus resultados, este trabajo fue presentado como comunicación en el I Encuentro de Salud Comunitaria de Aragón y XVIII Jornada de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs) del pasado mes de noviembre del 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez determinado ciertos aspectos del perfil de las personas cuidadoras en la primera sesión de julio, los resultados de los cuestionarios administrados revelaron que dos personas valoraban su apoyo social como muy bajo (puntuación en cuestionario 20 y 24 puntos), otra como aceptable (puntuación de 38 puntos) y finalmente, dos más que lo valoran como bueno (44 y 49 puntos). Los resultados del WHOQOL-BREF en relación con el Duke-Unc indicaron que para nuestros cuidadores el percibir un apoyo social óptimo no suponía definitivamente el percibir a su vez una buena calidad de vida y viceversa.

En particular, de las personas cuidadoras con buen apoyo social percibido, la cuidadora 1 valoró como muy baja la satisfacción con su salud y su vida, y reconocía tener con frecuencia sentimientos de depresión y tristeza. Por su parte la cuidadora 4, sí que valoró su calidad como buena a pesar de presentar con moderación sentimientos de desesperanza o depresión, o cualquier otro tipo de sentimiento negativo. En el otro extremo, de las personas que valoraron su apoyo social como bajo, la cuidadora 2 consideraba su calidad de vida muy buena en general y la cuidadora 3 bastante buena, a pesar de reconocer padecer dolor incapacitante, tener dependencia tratamiento médico y frecuentemente sentimientos de ansiedad, depresión o desesperanza.

Como ya se ha mencionado, de las cinco personas cuidadoras que iniciaron la escuela, dos de ellas a consecuencia de problemas familiares y el fallecimiento del familiar cuidado, abandonaron esta experiencia piloto. Por tanto, han sido tres las personas que han participado en este programa piloto con una asiduidad alta a pesar de la dificultad para asistir al tener que delegar sus tareas de cuidado en otra persona.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

El cuestionario tipo likert elaborado para medir el impacto de esta iniciativa recogió aspectos sobre la utilidad de la escuela para mejorar la información y habilidades sobre el autocuidado y el cuidado a la persona dependiente; la idoneidad del tema y contenido de las sesiones abordadas; la repercusión en la seguridad y tranquilidad del cuidador/a para continuar con el cuidado del familiar; la valoración de la escuela como un buen espacio donde intercambiar experiencias, resolver dudas y encontrar apoyo; y el interés que tendría que se consolidase como una actividad/proyecto del centro de salud en el futuro. La escala de medición fue "totalmente en desacuerdo/en desacuerdo/ni de acuerdo ni en desacuerdo/de acuerdo/totalmente de acuerdo". Las puntuaciones obtenidas para todas las preguntas del cuestionario fueron de "acuerdo" o "totalmente de acuerdo". En el desarrollo del grupo focal se recalcó la idea de que la escuela era un buen espacio de intercambio de experiencias, habilidades, temores e inquietudes, aunque la situación de dependencia de su familiar era muy distinta. También se planteó la idea de dar opción a sesiones individuales y se analizó el cambio o el añadir algunas sesiones con temas más concretos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras realizar un DAFO, en general consideramos que la escuela puede facilitar herramientas de cuidado para las personas cuidadas y de autocuidado para las personas cuidadoras, así como establecerse como un espacio de respiro, empoderamiento y apoyo mutuo. Es por ello que se valorará la apertura de esta escuela a todos los cupos del centro a través de la información que de su existencia puede proporcionar el personal sanitario desde sus consultas de primaria. Para el futuro, se han propuesto como áreas de mejora el intentar formar grupos de cuidadores con perfiles los más homogéneos posibles, el sustituir o añadir alguna sesión más, y el ofrecer sesiones individuales, intercaladas entre las grupales, donde proporcionar información o resolución de problemas de manera personalizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/184 ===== ***

Nº de registro: 0184

Título
CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Autores:
BLAZQUEZ ORNAT ISABEL, CALVO ABANTO ANA, SANZ DE GALDEANO INMACULADA, SALAS FERRER VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RRepercusiones en la salud física y mental
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las últimas décadas, el estudio de las repercusiones en la salud de las personas que cuidan ha sido una cuestión de gran interés debido, en parte, a los cambios demográficos y sociales. La prestación de cuidados familiares, entendidos como una atención no remunerada, sigue procediendo fundamentalmente de las familias y especialmente de las mujeres. Un cuidado que se presta en un ámbito doméstico, privado e invisible, con escaso reconocimiento social y con elevados costes para la salud física y emocional, y la calidad de vida. Y aunque se sabe poco de las estrategias que utilizan las cuidadoras para cuidar de sí mismas, en los últimos años se han puesto en marcha iniciativas que pretenden mitigar estos efectos como son la escuela de cuidadoras del Hospital de Guadarrama de Madrid u otras iniciativas on-line, como la página web del proyecto www.cuidadorascronicos.com, recientemente premiada.
La población mayor dependiente en la población de Utrillas es significativa así como el porcentaje de pacientes que son cuidados por sus familiares. A pesar del soporte que se puede dar desde la consulta de enfermería a las personas con rol de cuidadoras, consideramos interesante la puesta en marcha de una escuela específica para ellas en el centro de salud, de tal manera, que éste se convierta en un lugar de referencia en este sentido para la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la creación de esta escuela se pretende:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

1. Facilitar herramientas de cuidado para las personas cuidadas y de autocuidado para las personas cuidadoras.
2. Establecer y consolidar la escuela como actividad de "respiro" y de empoderamiento al disminuir la incertidumbre de la persona cuidadora a través de la información, el asesoramiento y el soporte.
3. Creación de una red de apoyo mutua futura y permanente entre las personas participantes.

MÉTODO

Este proyecto tendrá dos fases: una primera destinada a la captación de las personas cuidadoras y otra segunda destinada a la preparación y puesta en marcha de la escuela.

1. Fase de captación de las personas participantes

La captación de las personas cuidadoras a las que se les ofrecerá la participación en la escuela se realizará desde la consulta de enfermería. Se elegirá un cupo del centro de salud de Utrillas para realizar una primera experiencia piloto. De él se seleccionaran todos los pacientes registrados con la etiqueta diagnóstica «pacientes dependientes» y se identificara al familiar persona cuidadora principal. Posteriormente, se realizará un estudio del perfil de la persona cuidada y persona cuidadora atendiendo a las siguientes características:

Persona cuidada: sexo, edad y patología principal de dependencia.

Persona cuidadora: sexo, edad, estado civil, estudios previos, parentesco con la persona cuidada, enfermedades crónicas más relevantes, y disposición de ayuda familiar o contratada para el cuidado (sí/no).

Una vez identificados, el equipo elaborará la composición de un grupo lo más homogéneo posible atendiendo a la confluencia de perfiles parecidos como es el compartir el cuidado de una persona afecta de la misma patología. Posteriormente, se contactará por teléfono con estas personas para ofrecerles la participación en la escuela. Una vez consensuada la participación, a la persona se le pasarán una serie de cuestionarios que se describen posteriormente. El compromiso de participación de 5-7 personas, se considerara suficiente para la puesta en marcha de esta experiencia piloto.

2. Fase de puesta en marcha

A lo largo del curso que comenzará en el mes de abril, se programarán 6 sesiones-taller de dos horas de duración. Se asumirán como ejes de interés o líneas de trabajo las ya utilizadas con éxito en el proyecto de investigación dirigido desde la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona), cuyo resultado ha sido la creación de la web www.cuidadoraschronicos.com. Estas líneas de trabajo, relativas a la salud física y emocional, se focalizan sobre siete aspectos concretos.

INDICADORES

Cuestionarios previos y posteriores al inicio y finalización del curso: Zarit, la percepción de la calidad de vida (WHOQOL-BREF) y el soporte social percibido (Duke-Unc 11). También encuesta de satisfacción con escala tipo likert que se confeccionará ad hoc.

DURACIÓN

Tras una primera sesión inaugural de presentación de la escuela y de las personas participantes en abril, los talleres previstos estarán a cargo de las enfermeras de este proyecto además de la fisioterapeuta que realizará una charla sobre higiene postural, de la trabajadora social, Carmen Garcés, que colaborará con otra sobre recursos socio-sanitarios y de una médica experta en salud mental.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS MATAMALA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEGURA LARA ANA MARIA
LEON MIGUEL PURIFICACION
BESER PUIG EUGENIO
GARCIA GARCIA PILAR
MARTIN ELENA ROBERTO
MIGUEL POSA JORGE
HERNANDEZ AVILA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de Mayo y Junio de 2018 se realizaron sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP de Villel, mediante presentación en formato powerpoint, que incluían la pertinencia del proyecto, objetivos a alcanzar y una revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía subcutánea (SC), con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias. Se hizo especial hincapié sobre Médicos y Enfermeros de Atención Continuada, por ser quienes realizan durante más horas esta función. Se estableció qué fármacos de los habitualmente empleados por vía intramuscular (IM) eran susceptibles de ser empleados por vía subcutánea, y cuáles no eran intercambiables. Simultáneamente, se llevó a cabo la revisión de las Agendas de Atención Continuada en OMI de los PACs de Villel (agendas de Medicina y Enfermería) y El Cuervo para evaluar las pautas habituales previas de empleo de fármacos parenterales y establecer una referencia para posteriormente poder comparar con los resultados obtenidos. Para ello, se revisaron todos los pacientes registrados en horario de Atención Continuada desde el 1 de Enero de 2017 al 30 de Junio de 2018 (18 meses), tanto atendidos en los PAC como en domicilio, lo que hemos denominado período pre-evaluación.

Posteriormente, se revisaron estas mismas agendas desde el 1 de Julio de 2018 hasta el 31 de Diciembre de 2019 (18 meses), para nuevamente evaluar el empleo de los fármacos por vía parenteral y establecer la comparación con el período previo

Semestralmente, se ha realizado la revisión de los datos obtenidos, que se han remitido al resto de miembros del Equipo y analizado conjuntamente, corrigiendo las deficiencias detectadas y aclarando las dudas surgidas. El material elaborado es la presentación en powerpoint del proyecto, que se presentó en sesión clínica en el Centro de Salud y se envió a los correos corporativos de todos los miembros del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores, se analizaron las frecuencias relativas (porcentajes) de empleo de los diferentes fármacos en cada una de las vías parenterales (IM, SC e IV), así como las ratios de uso por vía IM dividido por vía SC. Los datos se han obtenido de los registros en OMI en las agendas de Atención Continuada de nuestros dos PACs en los períodos indicados (se revisó paciente a paciente) y el manejo de los mismos ha sido a través del programa Excel 2007.

En el período pre-evaluación (18 meses), se registraron un total de 212 inyectables en el grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con una cifra casi idéntica (211) de inyectables vía IM en fármacos no intercambiables, siendo en este grupo los más empleados metilprednisolona (53,1%) y metamizol (28,9 %).

De los fármacos considerados intercambiables, el 78,8 % se habían administrado vía IM, el 13,2 % por vía IV y únicamente el 8,0 % por vía SC.

El fármaco intercambiable de vía IM a SC más empleado había sido la metoclopramida (68 de 212 = 32,07 %), con un índice de empleo IM / SC de 5,1 (41 vs 8). El ideal es aproximar este índice a 0. Por su frecuencia de uso, constituye el principal objetivo de mejora.

Los siguientes fármacos más empleados fueron tramadol y Buscapina® (ambos un 8 %), con ratios aún mayores a favor de la vía IM (12 a 1 en el tramadol, 14 a 2 en Buscapina® = 7,0).

Dadas las peculiaridades del diclofenaco, cuyo empleo por vía SC está menos extendido, se realizaron también los cálculos excluyéndolo, siendo entonces la cifra total de 120 y las frecuencias relativas de uso de 63,3 % por vía IM, 13,3 % por vía SC y 23,3 % por vía IV.

Posteriormente, se ha revisado el empleo de estos mismos fármacos desde el 1 de julio de 2018 al 31 de diciembre de 2019 (período de evaluación, otros 18 meses). Se administraron un total de 226 inyectables del grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, frente a 189 no intercambiables, fundamentalmente de nuevo metilprednisolona (52,4 %) y metamizol (34,4 %).

De estos 226 fármacos intercambiables, 82 (36,3 %) se administraron vía IM, frente a un 78,8 % en el período previo, lo cual supone una reducción a menos de la mitad. La vía SC fue la elegida en 98 de los casos (43,4 %), más de cinco veces por encima de su empleo previo (8,0 %) y superando incluso a la vía IM. Si prescindimos del diclofenaco, la vía SC fue tres veces más empleada que la IM (68,3 %, frente a 22,5 %). La vía IV se empleó en el 38,3 % restante de los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

En el caso concreto del diclofenaco, pese a la menor experiencia de su empleo por vía SC, se incrementó significativamente su empleo por esta vía, pasando de un 1,1 % a un 22,5 % (16 de 55), pasando la ratio vía IM / vía SC de 91 a 3,44, sin haber tenido constancia hasta la fecha de reacciones adversas locales en número significativo.

Analizando por separado, la metoclopramida se empleó con mucha mayor frecuencia por vía SC que IM (56,8 % vs 12,2 %, siendo el 31,1 % restante por vía IV), con una ratio IM/SC de 0,21 (previa 5,1). Lo mismo sucedió con el tramadol (ratio IM/SC 0,36, anteriormente 12) o la Buscapina® (ratio IM/SC 0,15, previa 7). Otros fármacos intercambiables apenas han sido empleados.

Ya en el primer semestre de evaluación (reflejado en la memoria de seguimiento en 2019), se alcanzó sobradamente el objetivo inicial de reducir el empleo de la vía IM en al menos un 25 % en el grupo de fármacos intercambiables. Durante el período posterior, han mejorado aún más las cifras, con especial relevancia en el caso de la metoclopramida, en la que se ha pasado de 5 inyectables IM por cada 1 SC a la situación inversa, siendo éste además uno de los fármacos de uso más habitual en Atención Continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, la vía SC, de amplia experiencia en el manejo de pacientes en Cuidados Paliativos, es perfectamente válida para su uso en pacientes de Atención Continuada en Atención Primaria como sustituto de la vía IM en muchos fármacos de empleo habitual. Frente a ésta, presenta numerosas ventajas, como un menor índice de complicaciones (iatrogenia), una administración más sencilla y mucho menos dolorosa, y una velocidad de absorción similar. Es mucho más segura que la vía IM en pacientes anticoagulados y antiagregados, cada vez más numerosos.

En los casos en que el acceso venoso no sea imprescindible, frente a la vía IV tiene como ventajas su sencillez de empleo, que no requiere adiestramiento y precisa mucho menos tiempo (a tener en cuenta en los PAC que carecen de personal de Enfermería), así como su menor coste, siendo su biodisponibilidad similar. No obstante, el principal objetivo es la progresiva disminución de la vía IM, más que de la IV.

En el caso del diclofenaco, y dada su gran frecuencia de empleo, cabe insistir en que la vía SC es una alternativa perfectamente válida a la vía IM en pacientes de riesgo, como anticoagulados, antiagregados o con contraindicación de otro tipo al empleo de inyectables profundos, o simplemente en pacientes que rechacen esa vía por dolorosa. Con este fármaco, en todo caso se aconseja no exceder la dosis de 2 cc (50 mg), o bien repartir la dosis total de la ampolla (3 cc, 75 mg) en dos puntos de inoculación separados.

Del análisis mes a mes de los datos, hemos observado que, como era de esperar, los resultados durante los primeros meses fueron los peores, consecuencia lógica del proceso de cambio de los hábitos de trabajo, siendo la mejoría progresiva hasta un máximo durante el primer semestre de 2019 (resultados presentados en la Jornadas de Calidad del Salud en junio de 2019), que se mantuvo sin cambios significativos a la largo del siguiente semestre. Han resultado especialmente beneficiosas las reuniones de Equipo para corregir las deficiencias detectadas.

Dados los buenos resultados alcanzados durante estos 18 meses y al no existir ya un margen de mejora significativo alcanzable con el tiempo, se decide poner fin al Proyecto con fecha 31 de Diciembre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto fue seleccionado como Excelente en las XVII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, del Servicio Aragonés de Salud, celebradas en Teruel en junio de 2019, y presentado mediante exposición oral más debate posterior.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/614 ===== ***

Nº de registro: 0614

Título
POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MATAMALA GIMENO CARLOS, SEGURA LARA ANA MARIA, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, MIGUEL POSA JORGE, HERNANDEZ AVILA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La eficacia y seguridad de la vía subcutánea (SC) está plenamente demostrada en la actividad clínica diaria, no solamente en el paciente en cuidados paliativos, donde se ha empleado más profusamente, sino también en muchas situaciones de urgencia que se presentan habitualmente durante la Atención Continuada. Pese a ello, se detecta en la práctica habitual una tendencia a emplear con mayor frecuencia otros accesos parenterales, como la vía intramuscular (IM) o la vía intravenosa (IV). En el caso de la primera, se trata de un acceso más doloroso y más expuesto a complicaciones (hematomas, abscesos, quistes...), estando relativamente contraindicado en pacientes anticoagulados o antiagregados (cada vez más numerosos), mientras que la vía IV requiere por un lado mayor destreza y experiencia, y por otro lado más tiempo de actuación y más empleo de material, siendo menos frecuentemente empleada en aquellos puntos de Atención Continuada (P.A.C.) en los cuales sólo hay un médico de guardia, y no personal de Enfermería. La lista de fármacos susceptibles de ser usados por vía SC es reactivamente extensa, incluyendo muchos de los principios activos incluidos en el pedido de los Botiquines de Urgencias, aunque la experiencia nos muestra que esta vía es usada mucho menos de lo recomendable.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar el empleo de la vía SC en Atención Continuada en Atención Primaria.
- Reducir el empleo de otras vías parenterales, en especial la intramuscular (IM).
- Fomentar el conocimiento de aquellos fármacos de uso común susceptibles de ser usados por vía SC.
- Valorar la pertinencia de introducir en los botiquines de Urgencias otros fármacos administrables por vía SC.
- Reducir la yatrogenia derivada del empleo de accesos parenterales distintos de la vía SC.
- Población diana: toda aquella susceptible de ser atendida tanto en el centro como en domicilio, tanto en jornada laboral como en horario de Atención Continuada, y que precise de la administración de fármacos por vía parenteral.

MÉTODO

- Realización de sesiones clínicas de Equipo, con especial atención sobre los Médicos y Enfermeros de Atención Continuada.
- Revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias.
- Creación de protocolos específicos para el empleo de cada fármaco.

INDICADORES

- Reducción en el empleo de vías parenterales, en especial la IM.
- Se evaluarán los registros en OMI de nuestros dos puntos de Atención Continuada a lo largo del año. Para ello, en el informe de Atención Continuada deberá quedar reflejada la administración de todo fármaco inyectado, y la vía de administración, en la casilla correspondiente.
- Se compararán los resultados con los datos recogidos a lo largo de 2017 y primer semestre de 2018.
- Se espera lograr una reducción progresiva en el empleo de la vía IM, que alcance al menos el 25 % en aquellos fármacos más comúnmente utilizados y recomendados por vía SC en las guías de práctica clínica.

DURACIÓN

- 1 de Mayo al 30 de Junio de 2018: período de información y sesiones formativas al personal del Centro.
- 1 de Julio de 2018: inicio del período de aplicación.
- Duración estimada: 2 años y medio (hasta el 31 de Diciembre de 2020).
- Periodicidad de revisión: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BESER PUCH EUGENIO
LEON MIGUEL PURIFICACION
MARTIN ELENA ROBERTO
SEGURA LARA ANA
MATAMALA GIMENO CARLOS
MIGUEL POSA JORGE
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de marzo de 2019 se realizaron varias sesiones clínicas con el fin de informar -y organizar- a los miembros del EAP de Villel de las características del proyecto, haciendo hincapié en la necesidad de colaboración de todo el personal para lograr el objetivo propuesto: "dispensar de forma voluntaria pero, con la implicación de todos, una mejor cobertura analítica a los pacientes inmovilizados o con dificultad para desplazarse a su Centro de Salud."

El 7 de marzo se realizó la primera sesión, en la que se unificaron los criterios de inclusión de los pacientes para su integración en el proyecto, teniendo en cuenta aspectos como la capacidad de movilidad del paciente, la disponibilidad y dependencia familiar, la posibilidad de transporte propio o público al Centro de Salud, así como la distancia y el tiempo de desplazamiento al mismo.

Se acuerda confeccionar un listado -entre el médico y el enfermero responsable de cada cupo- de todos los pacientes susceptibles de inclusión en el proyecto, personalizando los criterios y teniendo en cuenta que en las localidades con un tiempo de desplazamiento inferior o igual a 15 minutos (Cascañe y Villastar) la extracción a los pacientes inmovilizados se intentará realizar por el enfermero responsable del cupo el mismo día de las extracciones en el Centro, consiguiendo así rentabilizar recursos al ser transportada la muestra por la misma empresa de transporte.

El 27 de marzo realizamos otra sesión para informar de los listados confeccionados de pacientes para realizar las extracciones en la población de origen. Se decide que cada enfermero debe informar a los pacientes seleccionados del alcance del Proyecto, así como de consensuar el día y las condiciones para realizar dicha extracción. Se determina, previo asesoramiento y de conformidad con el personal responsable de laboratorio del Hospital Obispo Polanco, avisar telefónicamente al servicio del día convenido para la extracción y posterior transporte de las muestras, así como de sus condiciones de traslado; para ello se decide comprar para el Centro una nevera portátil del tamaño adecuado para el volumen de las muestras, que irán perfectamente dispuestas en una gradilla, recubierta de papel absorbente y bolsa de plástico para evitar fugas, además de ir refrigerada con placas de hielo. En abril se inician las primeras extracciones, conviniendo realizar sesiones trimestrales para valorar la evolución del proyecto.

El 13 de junio se realizó sesión clínica para valorar evolución del proyecto y las incidencias surgidas. Se observó que se habían realizado la mayor parte de las analíticas ordinarias de los planes personales (Hipertensión arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia, Paciente Crónico Complejo etc...) de los pacientes seleccionados. Durante esta sesión se informó de las incidencias acontecidas el 10 de junio 2019 cuando, al realizar la entrega de las muestras en el laboratorio, nos informan que dicho servicio ha comenzado a regirse por las normas ISO y, por ello, se deben cumplir unos criterios específicos; concretamente en nuestro proyecto repercute al tiempo transcurrido desde la realización de la extracción de la sangre hasta la entrega de la muestra en el laboratorio, no debiendo superarse un intervalo de tiempo superior a dos horas. Con motivo de esta modificación, posponemos las extracciones pendientes al último trimestre del año, modificando su organización - hasta este momento se pasaba la consulta adecuando la agenda con las extracciones previstas de realizar, consulta programada y posible demanda, para dar el mejor servicio posible-, ya que solo disponemos de un día de consulta de enfermería a la semana en cada una de las poblaciones más alejadas. La dispersión geográfica y el mal estado de conservación de las carreteras afecta de forma significativa, incrementando el tiempo invertido en el transporte de las muestras al laboratorio, sobre todo en las poblaciones más dispersas (66 km hasta Teruel). Por ello se decide que para poder terminar el proyecto el último trimestre del año, solo se realizarán las extracciones programadas el día de consulta de enfermería para poder cumplir con los requisitos de las normas ISO en referencia al tiempo transcurrido desde la extracción hasta la entrega en laboratorio.

En el periodo vacacional, se interrumpió el proyecto con el fin de no implicar al personal contratado para cubrir las vacaciones, dado que dicho proyecto está basado en el voluntariado e involucración personal del EAP de Villel.

El 1 de octubre se reanudó el proyecto con las modificaciones referidas e informando previamente a los pacientes de los cambios en la agenda. Además, se les repartió una encuesta de satisfacción para evaluar el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

El 11 de diciembre se realizó la última sesión para valorar la efectividad del proyecto y establecer conclusiones.

No decimos que vaya a ser fácil, pero, sin duda habrá merecido la pena.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto comprende 11 poblaciones del área de salud de Villel e incluye un total de 40 pacientes, materializándose (entre los meses de abril y noviembre de 2019) la extracción en su localidad a un total de 36 pacientes, lo que supone una media de 7 extracciones al mes (exceptuando julio, agosto y septiembre). Desde la elaboración del listado hasta la programación de la extracción, se excluyeron a 4 pacientes debido a un cambio del lugar de residencia, lo que supone el cumplimiento de un 90% del indicador de evaluación, (extracciones realizadas a pacientes seleccionados / número total de pacientes seleccionados). Un 3,27% aproximadamente del total de habitantes de la zona de salud de Villel.

La edad media fue de 78 años desviación típica de ± 15 , el rango de edades fue de 40 a 104 años. El 47% fueron mujeres y el 53% fueron hombres. Los porcentajes de extracciones realizadas por poblaciones fueron: Alobras 22,2%, Tormón 13,9%, Camarena de la Sierra 16%, El Cuervo 11%, Riodeva 11%, Veguilla de la Sierra 8,3%, Mas de la Cabrera 2,8%, Libros 5,6%, Tramacastiel 2,8%, Cubla 2,8%, Valacloche 2,8%. Sorprendentemente en las poblaciones más alejadas del Centro de Salud es donde mayor número de extracciones se realizaron. Kilómetros acumulados por poblaciones y extracciones realizadas: Alobras 49 km al Centro de Salud y requiere una media de 55 minutos para realizar el trayecto (784 km acumulados), Tormon 43km y 46 minutos en realizar el trayecto (430 km acumulados), Veguillas de la Sierra 54km y 60 minutos de desplazamiento (324 km acumulados), El Cuervo 32km y 35 minutos de desplazamiento (256km acumulados), Camarena de la Sierra 22km y 25 minutos de desplazamiento (252km acumulados), Riodeva 25km y 30 minutos desplazamiento (200km acumulados), Mas de la Cabrera 12km y 18 minutos desplazamiento (24km acumulados), Tramacastiel 15km y 20 minutos desplazamiento (30km acumulados), Libros 10km y 15 minutos desplazamiento (40 km acumulados), Valacloche 11km y 17 minutos desplazamiento (22km acumulados), Cubla 12km y 18 minutos desplazamiento (24km acumulados). Supuso un ahorro acumulado para los pacientes de 2.386km (69,27km por paciente).

En lo referente a la última analítica previa al proyecto, la media fue de 2.62 años la desviación estándar 2.65 y el máximo fue de 9 años (2 pacientes), de no haber sido por el proyecto la demora en realización de analítica hubiera sido indudablemente mayor.

Se recogieron un total de 55 encuestas de satisfacción y problemática de transporte cumplimentadas, que reflejaron que el 89.09% de las poblaciones no dispone de transporte público; del 10.91% que dispone de transporte público solo el 1.82% es compatible con el horario de extracciones, el 67.27% de los pacientes no disponen de medio de transporte propio y de estos pacientes el 30.09% además no dispone de familiares que puedan facilitarle el desplazamiento.

Al 65.45% les supone una problemática trasladarse a su Centro de Salud de referencia, el 56.36% ha tenido dificultades para realizar las extracciones por problemas de movilidad o transporte y el 61.82% no ha podido realizarse alguna vez analíticas por problemas de movilidad o transporte.

Respecto al grado de satisfacción de los pacientes con el servicio de extracciones en su propia localidad, fue valorado como "poco satisfecho- satisfecho - muy satisfecho"; en relación con el interés y amabilidad del personal, el 93.75% de los pacientes manifiestan estar muy satisfechos y el 6.25% satisfechos; en cuanto a la confianza que le transmite el profesional, el 100% de los casos muy satisfechos; sobre la preparación del profesional, el 31.25% satisfechos y el 68.75% muy satisfechos; a propósito de la utilidad del servicio prestado, el 80.75% muy satisfechos y el 19,25% satisfechos; sobre la dotación de material para realizar la extracción, el 56.25% muy satisfechos y el 43.75% satisfechos; acerca de la comodidad en la realización, el 70.25% muy satisfechos y el 29,75% satisfechos; considerando el tiempo invertido en la realización, el 56.25% muy satisfechos y el 43.75% satisfechos; la forma de desarrollo de la actividad, el 50% satisfechos y el 50% muy satisfechos; respecto a la mejora de la calidad asistencial, el 50% muy satisfecho y el 50% satisfechos; en lo que concierne al grado de satisfacción general con el servicio prestado, el 80% muy satisfecho y el 20% satisfechos. Los resultados de las encuestas, contestadas anónimamente, reflejan de forma objetiva el agradecimiento de los pacientes, tantas veces expresado en la consulta a los profesionales, por su involucración personal para llevar a cabo este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de las extracciones de analíticas en las diferentes poblaciones permitió mejorar la cumplimentación de los planes personales (Diabetes, Hipertensión, Hipercolesterolemia, Crónico Complejo, etc.), así como la actualización de la vacunación del adulto; todo ello gracias a la realización de serologías (Varicela, Hepatitis). Pero, sobre todo, se ha conseguido que los pacientes de las poblaciones con mayor problemática para desplazarse, es decir, aquéllas más alejadas de su Centro de referencia y más despobladas, sientan que ser menos no resta derechos.

Por un lado, es importante insistir en las dificultades encontradas para realizar los desplazamientos desde las poblaciones más alejadas y hacer entrega de las muestras extraídas dentro del intervalo de tiempo recomendado, debido a lo accidentado del terreno y el mal estado de conservación de las carreteras que, muy a nuestro pesar, incrementa considerablemente el tiempo invertido en el desplazamiento. Por otro lado, fueron estas dificultades una de las causas que motivaron el planteamiento del proyecto.

Por tanto, los resultados obtenidos evidencian que la realización de las extracciones en las poblaciones a los pacientes seleccionados y el posterior transporte de las muestras al laboratorio, ha sido posible gracias a la implicación personal, voluntariedad y buena predisposición del EAP de Villel, a las características

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

particulares de la zona de salud, al volumen de pacientes selectos (36) y a su distribución gradual durante 5 meses, hecho que no ha supuesto un aumento significativo en las cargas de trabajo en laboratorio. En definitiva, es necesario comprender las dificultades a las que se enfrentan los habitantes del medio rural donde, la gestión más sencilla - una simple llamada de teléfono, coger el autobús o ir a comprar el pan- puede ser misión imposible, por no tener cobertura o no disponer de transporte público ni de panadería... y, todo ello unido a un rango de edad en que lo difícil se puede convertir en imposible. Hablamos de inteligencia emocional o interpersonal, de empatía, etc...sin darnos cuenta que, a veces, carecemos de la capacidad de "ponernos en la piel del otro"; quizá sea, para comprender una situación concreta y ajena, sea necesario vivirla en persona. Y eso es lo que hacemos los profesionales sanitarios de las zonas rurales: "vivir en persona", "caminar juntos", llevando a cabo la función asistencial de nuestra profesión sin olvidar su lado humano, intentando implicarnos en el territorio desde el sentido común, el compromiso y la conexión afectiva con un entorno y unos pacientes que tan poco nos demandan y tanto nos agradecen

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/500 ===== ***

Nº de registro: 0500

Título
INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

Autores:
GARCIA GARCIA MARIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUCH EUGENIO, SEGURA LARA ANA, MIGUEL POSA JORGE, MATAMALA GIMENO CARLOS, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Realizar extracciones en pacientes inmovilizados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La zona de salud de Villel es un claro ejemplo del abandono y despoblación que sufre la provincia de Teruel. Concentra una población donde la edad media de los municipios que se encuentran más alejados del Centro de Salud es muy elevada, lo que agrava el problema de la movilidad, debido tanto a la falta de independencia para coger el coche o desplazarse en transporte público (inexistente en la mayoría de los casos) como por lo accidentado del relieve y el mal estado de conservación de las carreteras que afecta negativamente al tiempo invertido en los desplazamientos. Estas poblaciones, ubicadas entre 15 y 50 km de distancia del Centro de Salud, se caracterizan por una demografía mínima -el número de habitantes en algunas no supera las 20 personas- siendo complicado el acceso y asistencia a dichos núcleos distantes entre sí, tanto para los responsables sanitarios (debemos atender simultáneamente a varias poblaciones) como para los habitantes, a quienes la distancia con su Centro de Salud se convierte en un obstáculo, en ocasiones, insuperable.

Para los profesionales sanitarios extraer y cursar una simple analítica ordinaria para realizar el control y seguimiento de nuestros pacientes se puede convertir en una verdadera odisea dado que el calendario se limita a un día a la semana en un horario concreto para la extracción, recogida y transporte de las muestras. Tenemos pacientes que no disponen de medio de transporte o están inmovilizados, debiendo realizar la extracción en el domicilio; esto, en principio, no sería el problema, pero... ¿qué pasa con el transporte de las muestras para su posterior análisis?, ¿lo realiza un familiar? ¿Y si no lo hay? ¿Es el enfermer@ que realiza la extracción, dejando de pasar la consulta el que debe ocuparse de llevar las muestras antes de que las recoja el transportista? ¿Y si no llega a tiempo? Es una situación complicada y prácticamente inviable en muchos casos:

La dispersión geográfica de algunas poblaciones no da tiempo material para desplazarse, realizar la extracción y volver al Centro antes de que recoja el transportista las muestras

El kilometraje extra que debería hacer enfermería

No se podría atender las consultas los días que se realicen extracciones porque el enfermer@ estaría la mitad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

de la jornada en la carretera

Con esta situación enfermería se plantea mejorar la calidad asistencial a nuestros pacientes:

Para resolver el horario, lugar de recogida y transporte de muestras se contacta con la jefa de servicio de laboratorio, se le informa de la situación intentando encontrar una solución entre ambas partes

Se acuerda que enfermería asume el transporte de las muestras de forma VOLUNTARIA y siempre por beneficio del paciente al HOP avisando previamente por teléfono el día que vaya a realizar la extracción al laboratorio.

Selección e información de la población diana por cada enfermer@ a su cupo y organización de la extracción en el municipio el día que se pasa la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Lograr que en los pacientes inmovilizados o limitados para desplazarse se realicen las analíticas correspondientes según sus planes personales

Favorecer la asistencia sanitaria en población anciana de las zonas rurales más despobladas y alejadas

Disponer de los datos necesarios para adaptar los tratamientos

Mejorar la comunicación y el trabajo conjunto entre Primaria y Laboratorio

MÉTODO

Reunión del EAP para informar del proyecto y resolver dudas que se les puedan plantear.

Cada enfermer@ informará en la consulta a los pacientes seleccionados sobre el proyecto que se realiza de forma VOLUNTARIA por cada profesional y esto no implica la obligatoriedad de otro profesional que realice el mismo trabajo.

Previo asesoramiento y consenso con el personal responsable de laboratorio se acuerda el modo de extracción, conservación y transporte de la muestra. Además, nos informan que las muestras conservadas en nevera son viables hasta 5h y que el servicio se presta a nuestra zona de Salud EXCLUSIVAMENTE por la coordinación y el volumen reducido de pacientes

Se acuerda avisar al laboratorio telefónicamente el día que se va a realizar la extracción y la hora de recepción en el mismo para su organización, se recogerán las muestras de lunes a viernes entregadas en sala de extracciones antes de las 14,15h.

Se realizará un cronograma para contabilizar las extracciones realizadas durante cada mes por profesional y población

INDICADORES

Número de extracciones realizadas en pacientes seleccionados/ Número total de pacientes seleccionados

Mejora en la cobertura analítica según sus planes personales en comparación con años anteriores

Encuesta de satisfacción a los pacientes

Sugerencias de mejoras de los pacientes

DURACIÓN

Finales de marzo reunión del EAP y selección población diana

1 al 15 abril inicio del proyecto

Revisiones trimestrales

Finalización del proyecto y análisis de los resultados en el mes de diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA AGUDO RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro ESAD TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALEGRE MARTIN ROSA MARIA
DIAZ DIAZ TANIA
PEREZ GARCIA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Ministerio de Salud y Consumo, publicó en 2001 las bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados paliativos y en junio de 2007, presentó la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos. Dichos documentos, han ayudado al desarrollo posterior de planes específicos de Cuidados Paliativos en las diferentes CCAA. Por lo que cada una ha implementado de forma independiente su propio proyecto. Como consecuencia cada Comunidad ha elegido el modelo de atención que más se ajusta a sus características, lo que ha favorecido que no sean modelos homogéneos. En Aragón se diseñó el Programa de Cuidados Paliativos y fue publicado en 2009, se apostó por adoptar el modelo de potenciación de la atención paliativa domiciliaria, a través de los Equipos de Atención Primaria y la creación de Equipos de Soporte de atención Domiciliaria (ESAD) dependientes de las Gerencias de AP. Con equipos de personal propio del sistema público de Salud y equipos de personal concertado con la Orden Hospitalaria San Juan de Dios prestan una actividad asistencial común pero con organización interna diferente.

El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Teruel trabajaba con funciones, documentos y circuitos elaborados por la Asociación Española contra el cáncer, ya que en su origen perteneció a esta ONG. Modificados por el personal del equipo, adaptándolos a las diferentes etapas por las que ha pasado el equipo. Pasó de ser Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de la AECC de Teruel a ESAD en 2005, cambiando el perfil de pacientes atendidos se observó por primera vez la necesidad de adaptar documentos y flujos locales.

Con la ampliación de recursos humanos del equipo en Abril de 2019 se valora la necesidad de una nueva revisión del sistema de recogida de información propio, circuito de derivación y sistema de comunicación entre pacientes y profesionales para mejorar la calidad de la atención. Con este propósito se ha trabajado en la elaboración de documentos, revisión de circuito de derivación, realización y registro de sesiones multidisciplinarias y se ha establecido un plan de formación, que son el objeto de este proyecto de mejora de calidad.

Se ha diseñado (en la primera quincena de abril) y elaborado una historia clínica adaptada a cuidados paliativos, en la que se recogen desde mediados del mes de abril :

- Datos de filiación necesarios para el registro de actividad propio del ESAD, que se envían mensualmente a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, servicio de Evaluación y Acreditación Sanitaria en Zaragoza
 - Datos generales de su EAP, nombre y CIAS del médico responsable, nombre de enfermera y centro de salud al que pertenece.
 - Datos clínicos relacionados con la enfermedad que motiva la derivación al equipo
 - Registro de existencia de documento de voluntades anticipadas (DVA)
 - Datos sobre la valoración de la situación del paciente domiciliario, tanto a nivel clínico, funcional, cognitivo, psicológico como social (identificación de cuidador principal, otros posibles apoyos,...) y planteamiento de un plan de actuación que incluye las medidas terapéuticas, cuidados y la planificación del seguimiento del paciente y cuidador.
 - Se incluye: un informe actualizado en el que se justifique la derivación a ESAD, un documento de evaluación y seguimiento de úlceras (tumores, por presión, vasculares,...), hoja de registro de tratamiento y receta electrónica actualizados, un informe de atención psicológica en los pacientes que se haya detectado la necesidad de apoyo por parte de la Psicóloga de la AECC, una hoja de control de infusores y vía subcutánea y otros dispositivos a vigilar por ESAD (ostomías, reservorios, PEG, ...) y una copia de la hoja de seguimiento por cada visita domiciliaria del ESAD.
- En el domicilio del paciente y en la primera visita el equipo se deja una carpeta para consulta del propio paciente, cuidador principal y profesionales sanitarios que intervengan en el proceso del paciente (EAP, Servicios de Atención continuada, 061, Atención Especializada,...) cuyo contenido se detalla a continuación:
- Informe de asistencia (rediseñado en mayo) sobre la evaluación del ESAD y el plan farmacoterapéutico que se propone al paciente y EAP.
 - Copia de la hoja de seguimiento (modificada y reimpressa en mayo) por cada visita domiciliaria realizada por el equipo.
 - Documento informativo, también elaborado y diseñado por el equipo en la segunda quincena del mes de abril, que contiene la definición del equipo, sus funciones, horario, ámbito de actuación, composición (especifica equipos y nombres de los profesionales que lo componen) y forma de contacto para el paciente y/o sus familiares.

En estos años de funcionamiento la presión asistencial del ESAD se ha ido incrementando de forma exponencial, lo que ha derivado en una desvirtuación del sistema de derivación de nuevos casos. Se ha estimulado así la procedencia de los pacientes de la Atención especializada, siendo mucho menor la de Atención Primaria. Ya que la visión desde el hospital es que el ESAD es una buena herramienta para la continuidad de cuidados, con una opinión positiva desde el punto de vista científico-técnico y de motivación. En general consideran al ESAD como equipo especializado y no como equipo de apoyo, con un conocimiento poco exacto de nuestras posibilidades de intervención, horarios y atribuciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

Con el objetivo de retomar el origen del ESAD como Equipo de apoyo a AP y estimular la derivación de pacientes nuevos, se pactó en reunión con el equipo directivo de AP, que desde la Dirección mediante un mensaje informativo dirigido a los coordinadores de AP (enviado en el mes de mayo por e-mail) se transmitiera a los facultativos de los equipos que la atención, que los cuidados y seguimiento del paciente con enfermedad avanzada o con necesidades paliativas y de su familia se realizarán fundamentalmente por el equipo de atención primaria. Estos profesionales podrán contar, para la atención en domicilio con el equipo de soporte domiciliario para aquellos casos más complejos o en otras situaciones que lo precisen, solicitando la colaboración del ESAD a través de OMI utilizando una plantilla diseñada por nosotros.

Los equipos de soporte domiciliario son unidades multidisciplinares para la atención en domicilio de pacientes con enfermedad crónica, avanzada o paliativa (a lo largo de todo el proceso) limitación funcional, inmovilizados complejos o pacientes que independientemente de su problema de salud presenten una dificultad importante para desplazarse al centro de salud cuya duración se prevea mayor de 2 meses.

La intervención del ESAD debe estar limitada a:

- paciente paliativo (oncológico o con criterios de terminalidad de órgano, cuya esperanza de vida no supera el año)
- pacientes en situación clínica compleja (PCC, elevado nivel de dependencia, problemática social importante asociada...) con síntomas de difícil control (síntomas refractarios) a tratamiento habitual proporcionado a los EAP o con situaciones de dificultad de atención basadas en las características personales o situación familiar del paciente.

El nivel de complejidad del paciente determinara si la intervención del ESAD responderá a una actuación puntual o requerirá un seguimiento compartido. Determinándose los siguientes niveles de complejidad:

Nivel 1 (complejidad mínima) : necesidad de material /fármacos hospitalarios, necesidad de intervenciones hospitalarias puntuales.

Nivel 2 (complejidad media) de psicopatología con nivel de dependencia elevado establecido, síntomas mal controlados, trastornos preposicionales severos, problemas de adicción y/o elementos de complejidad relacionados con la familia.

Nivel 3 (complejidad máxima) : niño o adolescente, síntomas intensos (escala numérica mayor de 6 del ESAS) de difícil control : obstrucción intestinal / neurológica, pelvis congelada, situación de últimos días de difícil control, fallo cognitivo/delirium, trastorno del comportamiento secundario a afectación neurología previa, claudicación familiar, necesidades de estrategias y actuación compleja, existencia de pluripatología con deterioro agudo del nivel de dependencia y situación clínica inestable que precisa intervención terapéutica intensiva desde puntos de vista farmacológicos, instrumental y /o psicológica.

El ESAD, como equipo de apoyo y soporte a atención primaria incluirá en su programa a los pacientes que se deriven a petición expresa de su equipo de referencia. Para ello se ha elaborado el siguiente circuito de derivación:

El profesional del EAP percibe la necesidad de apoyo de acuerdo a los niveles de complejidad anteriormente citados, crea en OMI el episodio 320 (plan personal del paciente Inmovilizado/ Terminal/Dependiente), se pone en contacto con el ESAD por medio de las siguiente vía: Cita en agenda de ESAD Medicina como Demanda No Presencial rellenando formulario de Interconsulta a ESAD diseñado para este fin que se adjuntará en OMI en el apartado de plantillas, como documento adjunto.

Una vez solicitada la colaboración de los ESAD la primera visita domiciliaria para la valoración inicial del paciente y de la unidad familiar la realizarán conjuntamente los miembros del ESAD y el/los profesional/es de AP que hayan solicitado su intervención. El personal administrativo que apoya al ESAD se pondrá en contacto con el equipo de AP para la programación de la misma.

Para el paciente oncológico se ha desarrollado una vía especial, por las características propias de este tipo de pacientes desde el servicio de oncología de HOP en reunión semanal de la subcomisión de cuidados paliativos o a través de correo electrónico enviando informe actualizado de la situación clínica. El ESAD tendrá un tiempo máximo de 48h para la comunicación de la inclusión en programa del paciente a su EAP, en cumplimiento de las Instrucciones de 12 de diciembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por las que se establecen los flujos y derivación a hospitales de convalecencia y para la intervención de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, será en este caso el personal administrativo adscrito al ESAD el encargado de contactar, recogiendo la información necesaria para planificar la primera visita. En caso de que los pacientes se encuentren institucionalizados en Residencia Geriátrica Pública (IASS), la derivación se llevará a cabo por los médicos y/o enfermeras de la citada institución utilizando la misma plantilla de derivación diseñada para los Equipos de Atención Primaria, y se enviarán una vez cumplimentadas por correo electrónico al e-mail del ESAD (esad.teruel@salud.aragon.es). Un miembro de Equipo de soporte revisará diariamente el correo de la unidad. Según los propios profesionales de paliativos, existe una gran diferencia en nuestro trabajo con respecto a otros ámbitos del mundo sanitario, y es que el objetivo principal al que nos enfrentamos no es curar, sino cuidar y acompañar . Es por ello que la dimensión de equipo se desarrolla de forma transversal en los equipos de cuidados paliativos debido a la voluntad de integrar en la atención a los pacientes las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Lo primero es el abordaje y el bienestar físico, es lo ineludible. El trabajo del equipo básico de médico y enfermera es la base y puerta de entrada sobre la que se sostienen el resto de intervenciones. Los pacientes y familiares es lo que esperan y demandan: el control del malestar físico. El resto de servicios que ofrecen CP se van integrando respetando la autonomía y preferencias de los pacientes y familiares. Cuestión que obliga a tener modelos organizativos flexibles como el nuestro, que permitan la entrada del resto de dimensiones de la atención según necesidades detectadas por el ESAD, como el apoyo psicológico que en nuestro medio lo proporciona la AECC de Teruel de forma desinteresada y que se presta ya en algunas ocasiones en visita conjunta domiciliaria.

El trabajo en equipo es una figura ampliamente aceptada dentro del ámbito sanitario y sus virtudes tienen un amplio consenso entre los profesionales de AP, una mayor eficacia y calidad en la atención, un mejor aprovechamiento de recursos humanos y materiales y, en general, un impacto positivo en el desarrollo de la labor de los profesionales y reflejado en la calidad asistencial. La interdisciplinariedad se produce cuando existe cooperación y coordinación de manera simultánea, la transdisciplinariedad aparece cuando además de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

coordinación y cooperación entre las diferentes disciplinas, éstas se integran y se mezclan, como ocurre en algunas de nuestras visitas domiciliarias. Con el propósito de fomentar el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales, así como plantear las mejores estrategias de seguimiento de los pacientes, se ha instaurado un plan semanal de reuniones interdisciplinarias en las que participan los médicos y enfermeras del ESAD, psicólogo de AECC Teruel, y los estudiantes de enfermería y residentes de medicina familia que rotan por la unidad. Se ha realizado un registro de las reuniones llevadas a cabo desde el inicio del proyecto con un documento/libro de registro que hemos diseñado para este fin. Se ha diseñado en el mes de mayo un plan formativo a profesionales sanitarios de nuestra área de influencia, consistente en una sesión clínica formativa, en formato power point, en la que se describe el trabajo y funciones del ESAD, composición, nuevo horario, mecanismo de derivación y modo de contacto. Para valorar el impacto de los cambios en la población que atendemos se ha elaborado en el mes de mayo una encuesta de satisfacción para pacientes y/o familiares en relación a la asistencia prestada por el ESAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN

Número de derivaciones correctamente cumplimentadas: 100%

Porcentaje de derivaciones desde AP con respecto al total : N° de derivaciones de APx100/ total de pacientes

nuevos en programa=91x100/146= 62,32%

Porcentaje de derivaciones de otros servicios= total de pacientes nuevos en programa-pacientes derivados de AP= 100-62,32= 37,16%

Porcentaje de visitas conjuntas con AP: N° de visitas conjuntas ESAD+AP/N° total de visitas= 79x100/146=50,1%

Porcentaje de valoraciones iniciales de pacientes incluidos en programa: N° de valoraciones iniciales/ N° total de pacientes nuevos= 135x100/146= 92,46%

Porcentaje de registro de posesión de Documento de Voluntades Anticipadas: 100%

N° de reuniones realizadas/N° de reuniones previstas= 74x100/75=98,66%

El resultado cuantitativo de los datos obtenidos, es el siguiente:

Se ha observado un estímulo de las derivaciones desde los EAP hacia el ESAD ya que previamente (en el periodo anterior a la creación del programa) se partía de un 55% de derivaciones y se ha alcanzado el 62,32%, incrementándose en un 11% en el periodo evaluado.

Las visitas conjuntas entre EAP y ESAD, se han visto incrementadas en un 7%, inicialmente el dato era un 37,16% se ha incrementado un 7% siendo ahora de un 44,5%.

Por el contrario se ha evaluado un claro descenso del 11% en la derivación procedente de otros servicios en relación al total de pacientes atendidos.

Con el nuevo método de valoración diseñado, del total de pacientes incluidos en programa en este periodo (146) se han valorado 135, lo que supone un 92,46%, cubriendo las expectativas que habíamos marcado inicialmente, que eran superar el 90%. En todos los pacientes, se consultó la existencia de documento de voluntades anticipadas y se registro en OMI en el apartado correspondiente ESAD proceso asistencial.

El número de reuniones realizadas tanto de equipo como interdisciplinarias alcanza el 98,66%, superando el 90% que inicio habíamos marcado como objetivo.

Estos resultados se han obtenido a pesar de que actualmente la difusión no se ha podido completar de la forma a priori establecida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El aumento del número profesionales (1 médico y 1 enfermera más) en el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Teruel condiciona un cambio en la organización y funcionamiento de la asistencia como hasta ahora se estaba realizando. Se ha observado la necesidad de revisar los flujos de pacientes, la forma de registro de información en historia clínica, la forma de transmitir esa información a pacientes, familiares y compañeros de AP para mejorar la calidad de la atención, en nuestro caso tanto enfermos y cuidadores como a profesionales con los que compartimos la atención.

Con este objeto se han diseñado los documentos anteriormente descritos cuyos cambios han sido valorados subjetivamente por los integrantes del ESAD de forma positiva, reflejándose en una mayor agilidad de recogida de datos, una información más adecuada y visual que facilita la visión global de la situación del paciente. Es de interés de todos los profesionales sanitarios el conocer si el paciente ha formalizado DVA y desde el ESAD se consulta y registra esta información en todos los pacientes que atendemos.

El protocolo de derivación se ha diseñado y dado a conocer a algunos profesionales de AP así como a algunos de los vocales de la subcomisiones de cuidados paliativos y han aportado las sugerencias que les han parecido oportunas, en general con una valoración positiva para el inicio de su implementación y su funcionamiento.

En relación a la difusión de estos cambios se había diseñado un plan formativo entre los equipos de AP, hospitales de nuestra área y centros residenciales públicos (IASS). La cual no ha podido llevarse a cabo por causas ajenas a la voluntad de los profesionales del equipo, por falta de personal para mantener la atención domiciliaria durante varios meses y priorizar la asistencia sobre la formación. Es nuestra intención retomar el citado plan y desarrollarlo durante el próximo año. Se realizara una sesión clínica en cada centro explicando detalladamente la información respecto a estos cambios.

Por otra parte, el envío de la encuesta de satisfacción diseñada para valorar la opinión de pacientes y familiares también se ha pospuesto por falta de apoyo administrativo, por lo que se solicita una ampliación del periodo de realización del proyecto para la próxima convocatoria.

7. OBSERVACIONES.

Se solicita una ampliación del periodo de realización del proyecto para la próxima convocatoria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
AGUDO RODRIGO MARTA CRISTINA, ALEGRE MARTIN ROSA MARIA, DIAZ DIAZ TANIA, PEREZ GARCIA OLGA, RAGA WICHI ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD TERUEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS AQUELLAS QUE PUEDEN REQUERIR CUIDADOS PALIATIVOS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial del paciente con necesidades paliativas en domicilio

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la prevalencia de personas con enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado ha incrementado las necesidades y demandas. El domicilio es el lugar idóneo para procurar dicha atención, tanto por las preferencias de las personas, como por la actuación centrada en el contexto afectivo y social, con una visión comunitaria. Hay evidencia internacional y en España de resultados claves de efectividad, eficiencia y satisfacción de los ESAD, de las medidas de mejora en EAP y de la combinación y cooperación entre ambas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es la mejora de la cobertura y calidad en la atención al paciente paliativo - crónico complejo domiciliario.
Otros objetivos serían:
- Fomentar la derivación por AP
- Realizar evaluación inicial orientada tanto al paciente paliativo como al crónico, ambos mediante diseño de protocolo e historia clínica previamente elaborados por el ESAD.
- Informe de asistencia completo en domicilio.
- Los pacientes incluidos en programa del ESAD tendrán conocimiento de los recursos a los que pueden acceder en este estadio así como del circuito.
- Elaboración del plan farmacoterapéutico del paciente.
- Registro de documentos de voluntades anticipadas o plan anticipado de decisiones.
- Objetivos de trabajo en equipo: reuniones multidisciplinares e interdisciplinarias y plan de formación continuada anual.

MÉTODO

Se elaborará:
- Un documento informativo para paciente y familiares sobre normas y funcionamiento del ESAD que se entregará en la primera visita.
- Una historia clínica para el equipo e informe de asistencia para el paciente.
- Protocolo de derivación para profesionales de atención primaria.
- Se realizarán sesiones clínicas formativas en los centros de salud del sector, residencias geriátricas y hospitales (HOP, HSJ, HSJD). Al resto de residencias se les invitará a la charla en su respectivo centro de salud.

INDICADORES

- Número de derivaciones correctamente cumplimentadas
- Porcentaje de derivaciones desde Atención Primaria con respecto al total
- Porcentaje de derivaciones de otros servicios
- Porcentaje de llamadas recibidas por el equipo ESAD de los pacientes/familiares (fuera del horario laboral)
- Porcentaje de visitas conjuntas con Atención Primaria
- Porcentaje de valoraciones iniciales de pacientes incluidos en programados
- Porcentaje de registro de posesión documento de voluntades anticipadas/plan anticipado de decisiones
- Número de reuniones realizadas/número de reuniones previstas
- Encuesta de satisfacción de pacientes

DURACIÓN

- Reunión del grupo de trabajo para elaborar el proyecto: abril 2019
- Reuniones de trabajo y reparto de tareas: primera semana de abril
- Elaboración de documentos: abril y mayo 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

- Charlas informativas: desde mayo 2019 hasta febrero 2020
- Análisis de resultados: febrero 2020
- Conclusiones: marzo 2020
- Fecha inicio del proyecto: abril 2019 y finalización en marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA
SANLLEHI VILA NURIA
VALERO ADAN ADELA
TORNER BELLIDO ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL

El objetivo de nuestro proyecto era realizar un estudio comparativo de cuatro ensayos para la determinación de calprotectina fecal (CF) (enzimoinmunoanálisis del laboratorio externo Reference Laboratory, Calprotectin Turbilatex Combo de CerTest Biotec, Quantum Blue® fCAL extended de Bühlmann & CALiaGold® de Sysmex). La comparativa se basó en establecer la calprotectina que mejor se adaptara a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar fueron los siguientes:

1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, sensibilidad y especificidad clínica, calibración (número de determinaciones, intervalo de tiempo), duración del análisis, facilidad de uso, errores, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL EN NUESTRA POBLACIÓN

En un segundo paso, del total de muestras analizadas en el laboratorio Reference Laboratory, se analizaron 22 por la plataforma de Bühlmann, 44 por la de CerTest Biotec y 28 por la de Sysmex en al menos 4 series analíticas. Las muestras de heces se congelaron a -20°C hasta su análisis en las diferentes plataformas. Se realizó un estudio estadístico descriptivo de cada método y se valoró la correlación entre los 4 métodos mediante análisis de regresión de Passing-Bablok junto con el test de Cusum y el coeficiente de correlación de Spearman (MedCalc v.18.11.6). También se realizó el análisis de las diferencias (Bland-Altman). Además, se realizó un estudio de costes para cada plataforma y un estudio de reproducibilidad intraserie (intradía), intraserie total (imprecisión combinada intraserie de todo el proceso analítico incluyendo la extracción de la muestra y la cuantificación) e interserie (días diferentes) de todas las plataformas excepto la de Bühlmann por falta de reactivo.

C) ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Una vez escogida la plataforma más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, en base a datos bibliográficos se decidió mantener el algoritmo vigente de ayuda al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

Se realizó una evaluación del procedimiento provisional, que pusimos en marcha debido a que el coste de las determinaciones de calprotectina que enviábamos al Laboratorio Reference era demasiado elevado. Por otro lado, estamos en trámites de que la plataforma de análisis de la calprotectina fecal salga a concurso con lo que esperamos implementar definitivamente la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio para reducir considerablemente el tiempo de respuesta y el coste.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL

El estudio comparativo de la información proporcionada por 3 casas comerciales (ya que los del Laboratorio Reference no nos proporcionaron datos) en la que se valoraron parámetros como: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, número de test necesarios para la calibración, tiempo de ensayo, posible efecto Hook, diferentes tipos de precisión, puntos de decisión clínica... reveló que ningún método destaca claramente sobre los demás, todos con parámetros aceptables, si bien los de la plataforma Sysmex dicen tener una mayor precisión.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL EN NUESTRA POBLACIÓN

Para realizar una correcta comparación entre los 4 métodos para la determinación de la calprotectina fecal se evaluaron parámetros técnicos, clínicos y de costes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

B1) Aspectos técnicos

Los resultados de la correlación entre los 4 métodos mediante el análisis de regresión de Passing-Bablok se muestran a continuación:

Bühlmann vs ELISA de Reference laboratory:
 $y = -24.071438 + 0.664220 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,546$ $P = 0.0128$

CerTest Biotec vs ELISA de Reference laboratory:
 $y = -8.382857 + 0.388571 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,65$ $P < 0.0001$

Sysmex vs ELISA de Reference laboratory:
 $y = 3.803497 + 0.335873 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,712$ $P < 0.0001$

Bühlmann vs CerTest Biotec:
 $y = 51.318063 + 0.615678 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,806$ $P < 0.0001$

Bühlmann vs Sysmex:
 $y = 20.851525 + 0.812985 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,869$ $P < 0.0001$

Sysmex vs CerTest Biotec:
 $y = -7.372753 + 0.971184 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,862$ $P < 0.0001$

Estos métodos correlacionan entre si moderadamente excepto el de Bühlmann con el ELISA de Reference laboratory que correlaciona pobremente. Teniendo en cuenta que los tests ELISA son los más contrastados y el método que utiliza Reference laboratory (método que queremos cambiar para disminuir el tiempo de respuesta y coste) es un ELISA, el método que presenta la mejor correlación con el ELISA de Reference laboratory y con el resto de los métodos es el de Sysmex y por tanto, este método es el mejor desde el punto de vista de correlación.

Si comparamos el ELISA de Reference con el método de Bühlmann vemos que la diferencia de los niveles de medición es -146, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,664) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1. Si comparamos el ELISA de Reference con el método de CerTest Biotec vemos que la diferencia de los niveles de medición es -309, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,389) tiene un intervalo de confianza que NO contiene el 1 (hay una sobreestimación de la calprotectina por CerTest Biotec). Si comparamos el ELISA de Reference con el método de Sysmex vemos que la diferencia de los niveles de medición es -229, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de medición es 20, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,336) tiene un intervalo de confianza que NO contiene el 1 (hay una sobre-estimación de la calprotectina por Sysmex). Si comparamos el test de Bühlmann con el método de CerTest Biotec vemos que la diferencia de los niveles de medición es -75, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,616) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1.

Si comparamos el test de Bühlmann con el método de Sysmex vemos que la diferencia de los niveles de medición es -49, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,813) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1. Si comparamos el test de Sysmex con el método de CerTest Biotec vemos que la diferencia de los niveles de medición es 20, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,971) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1.

Por tanto, al comparar los diferentes métodos entre sí, siempre se observa que dentro de los límites de confianza está el 0. Pero al comparar el ELISA de Reference con los otros 3 métodos observamos una sobreestimación de la calprotectina medida por el método de CerTest Biotec y por el de Sysmex respecto a la medida por el de Reference laboratory. Por tanto, la plataforma de Bühlmann es la única que presenta una concordancia de tipo moderada con los resultados de la técnica ELISA de Reference laboratory ya que tanto la plataforma de CerTest Biotec como la de Sysmex presentan una pobre concordancia con la técnica ELISA de Reference laboratory.

Tanto en los resultados de correlación como de concordancia hay que tener en cuenta que no pudimos analizar 100 muestras por cada método (tamaño muestral necesario) debido a que las casas comerciales no nos suministraron reactivo necesario para ello.

En cuanto a reproducibilidad intraserie, intraserie total e interserie. Se observó que el CV% de CerTest Biotec es muy alto (20-40 aprox.) y mucho mayor del que afirma la casa comercial. Debido a problemas inherentes al analizador más que a la técnica en cuestión (estos problemas del analizador no son fácilmente solucionables ya que la base de datos del control de calidad de este analizador muestra este problema desde que el equipo salió de fábrica), los CV% intraserie e interserie de la plataforma de Sysmex (<10%) y el CV% intraserie total (<13%) son adecuados y los de Bühlmann dicen que son similares (no lo pudimos comprobar por falta de reactivo). Por tanto, los CV% del equipo de CerTest Biotec son inaceptablemente altos.

En cuanto a otros factores como riesgos laborales, errores, comodidad de uso, tiempo... en el equipo de CerTest Biotec la fase preanalítica tiene un paso más que aumenta ligeramente el tiempo de análisis y con los años podría producir las típicas lesiones en las muñecas de los técnicos de laboratorio por el esfuerzo de repetición necesario. Asimismo, es un equipo diferente a los que tenemos, lo cual supone una mayor dificultad por la rotación de personal, aunque su manejo no sea complicado. Además, únicamente con la plataforma de Sysmex se transmitirían automáticamente los datos al SIL ya que con este equipo analizamos la sangre oculta en heces y con las otras 2 plataformas debido al relativamente bajo volumen de muestras/año (387 en el 2019) no nos habilitarían una conexión al SIL por lo que con las plataformas de Bühlmann y de CerTest Biotec los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

resultados los tendríamos que introducir en el SIL manualmente con el riesgo de error que ello implica. Similarmente, el equipo de Bühlmann es diferente, aunque su uso es muy simple y no supondría mayor problema. Por otro lado, el equipo de Bühlmann sólo puede analizar una muestra cada vez, por lo que el análisis de 387 muestras/año (o lo que es lo mismo una media de 4 muestras por día de análisis) supone cuadruplicar el tiempo que los técnicos de laboratorio deben dedicar a la plataforma en cuestión. Este inconveniente no ocurre ni con la plataforma de CerTest Biotec ni con la de Sysmex ya que se analizan las muestras simultáneamente. Además, hay que tener en cuenta que el número de análisis de calprotectinas se incrementa año a año.

B2) Aspectos clínicos

Si bien cada plataforma debería establecer su punto de corte, se ha asumido un punto de corte universal de 50 µg/g para diferenciar la enfermedad inflamatoria intestinal del síndrome de intestino irritable. Así mismo, se puede interpretar como zona gris un valor entre 50 y 150 µg/g y debería repetirse entre 4 y 6 semanas. Un valor de calprotectina > 150 µg/g indica enfermedad orgánica incluyendo la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer colorrectal. En cuyo caso se sugiere realizar colonoscopia para confirmar diagnóstico.

B3) Aspectos económicos

Teniendo en cuenta que en el 2019 se analizaron 387 calprotectinas, se realizó el cálculo, sin tener en cuenta las repeticiones, del coste que nos supondría analizar las calprotectinas por cada plataforma en el año 2019 teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo.

Coste total de las determinaciones de la calprotectina fecal durante el 2019 si las hubiéramos analizado en las diferentes plataformas:

Reference laboratory	23220 €
Bühlmann	7559 €
Sysmex	6615 €
CerTest Biotec	5179 €

C) ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Tras realizar la comparación, atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la plataforma que mejor se adapta a nuestro laboratorio es la de Sysmex. Pero debido a la larga demora de los trámites administrativos y al elevado precio de analizar las calprotectinas en Reference laboratory, se decidió provisionalmente enviar las muestras de heces al Miguel Servet (a pesar de que creíamos que el tiempo de respuesta aumentaría significativamente) para que les analicen calprotectina. Y una vez resuelto los trámites administrativos, analizar calprotectina en nuestro laboratorio.

En cuanto a los 2 indicadores utilizados, cuando enviábamos muestras de heces a Reference laboratory, el tiempo de respuesta del ensayo calprotectina fecal resultó ser de 5,7 días. Pero al enviar las muestras de heces al Miguel Servet el tiempo de respuesta es de 8,5 días. Sin embargo, el coste para el Hospital Obispo Polanco es de 0 € frente a los 23.220 € que supondría enviarlas a Reference L. No obstante, el coste para el Salud está en línea con el precio de las 3 plataformas que hemos probado. Además, cuando se termine de implementar la calprotectina fecal en nuestro laboratorio, se prevé que el tiempo de respuesta sea menor de 3 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de CerTest Biotec es con diferencia el peor de los tres por engorroso, por riesgo laboral, por impreciso y por su transmisión manual de datos.

El equipo de Bühlmann tiene como ventaja el que presenta una concordancia claramente mejor con el ELISA de Reference que los otros 2 equipos, aunque la concordancia es moderada.

El equipo de Sysmex con el volumen de muestras que se prevé, es el que presenta una mayor rapidez, facilidad de uso y menor consumo de tiempo por parte del personal de laboratorio, es preciso y los datos se transmiten al SIL automáticamente, favoreciendo de este modo la reducción de errores de la fase postanalítica.

Sería recomendable que cada plataforma tuviera sus puntos de corte para las tomas de decisión, en vez de utilizar un punto de corte universal, puesto que no siempre los valores de calprotectina fecal son intercambiables tal y como hemos comprobado y aparece reflejado en la bibliografía.

La comisión de cartera de servicios de los laboratorios de Aragón aprobó la inclusión de la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio. Actualmente, con motivo de reducir los costes todavía más, estamos en trámites de que la plataforma de análisis de la calprotectina fecal salga a concurso. Una vez que termine el concurso implementaremos el análisis de la calprotectina fecal en nuestro laboratorio. Recordaremos a los técnicos de laboratorio el procedimiento de análisis de la calprotectina fecal, haciendo especial incidencia en el procedimiento preanalítico. Finalmente, comunicaremos a los clínicos implicados, la actualización de la metodología que pretendemos implementar.

En cuanto a la utilidad del proyecto, cuando se termine de implementar la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio, el coste de determinar la calprotectina fecal se reducirá aproximadamente un 70 % (reducción superior a nuestro objetivo de 50 %) y puesto que se analizarán 2 veces a la semana el tiempo de respuesta será ligeramente inferior a 3 días con lo que se conseguirá un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto, cuando se termine de implementar la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio se ahorrarán más de 16.000 Euros/año pudiéndose así destinar los limitados recursos a otros fines. Por otro lado, la reducción del tiempo de respuesta supondrá un inicio del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

tratamiento sin retraso (mejorando así la calidad del tratamiento), un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio. Por tanto, la sostenibilidad del proyecto es viable y más teniendo en cuenta que el número de determinaciones de calprotectina fecal aumenta año a año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/321 ===== ***

Nº de registro: 0321

Título
REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

Autores:
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA, SANLLEHI VILA NURIA, VALERO ADAN ADELA, TORNER BELLIDO ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Va dirigido a personas con menos de 50-55 años (no puedo poner la población diana de forma correcta en el desplegable)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Teniendo en cuenta que la toma de decisiones en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), basada exclusivamente en síntomas clínicos, puede conducir a errores graves; y que las técnicas de imagen, aunque proporcionan información valiosa sobre la gravedad, extensión de las lesiones y complicaciones, son caras, invasivas y de disponibilidad limitada, es de gran interés disponer de herramientas sencillas y no invasivas con las que monitorizar la actividad de la EII e identificar la presencia de lesiones, como p. ej. la calprotectina fecal (CF).

La CF es una proteína, muy abundante en neutrófilos, cuya concentración es directamente proporcional a la presencia de estos en la luz intestinal.
La CF es útil en el diagnóstico de la EII, en la detección de actividad inflamatoria intestinal e incluso en establecer distintos grados de actividad, en la monitorización de la respuesta al tratamiento, como marcador pronóstico de evolución y de recidiva de la enfermedad, y en la identificación de la curación de la mucosa. Por tanto, su elevada precisión para detectar actividad o remisión endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con EII, ayudándonos a tomar decisiones con seguridad sin necesidad de realizar pruebas más caras o invasivas.
Existen múltiples ensayos disponibles para la determinación de la CF:
1. Test inmunocromatográficos (POCT) que proporcionan un resultado en pocos minutos y no precisan de un laboratorio clínico.
2. Test que requieren de un laboratorio (ELISA, PETIA, FEIA y CLIA) que proporcionan resultados con un rango más amplio, más económicos y de precisión diagnóstica mejor contrastada.
El tiempo de respuesta del ensayo CF en los laboratorios clínicos puede ser de una a dos semanas, lo que dificulta la respuesta rápida del tratamiento ante una recidiva y aumenta el riesgo de deterioro clínico antes de que comience el tratamiento, lo que disminuye la utilidad clínica de los resultados del laboratorio y por tanto conlleva un gasto adicional. Además, en niños el diagnóstico temprano de EII es incluso de mayor trascendencia, ya que esta puede afectar al crecimiento y a la maduración sexual.
El grupo de trabajo sobre la CF del Chief Scientific Officer's (CSO) considera que el tiempo de respuesta del ensayo CF no debería ser superior a 3 días. De hecho, los laboratorios clínicos del National Health Service (NHS) en Inglaterra que determinan CF deben estar acreditados por UKAS según ISO 15189, proporcionando un tiempo de respuesta de no más de 3 días.

Desde el servicio de Digestivo nos comunicaron su interés en reducir el tiempo de respuesta del ensayo CF. Por tanto, calculamos dicho tiempo y resulto ser de 6 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

Actualmente, las muestras de heces con petición de CF se envían a Reference Laboratory. Por tanto, el análisis de la CF en nuestro laboratorio podría dejar el tiempo de respuesta en menos de 3 días tal y como recomienda el CSO. Esto supondría una disminución de las colonoscopias innecesarias, un inicio del tratamiento sin retraso (mejorando así la calidad del tratamiento), un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio. Además, dado el volumen de peticiones que tenemos (255 en el año 2018) esto supondría un ahorro de costes asociados al laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto el objetivo propuesto es reducir notablemente nuestro tiempo de respuesta del ensayo CF y también reducir costes. La población diana son pacientes de hasta 50 años de edad en los que se sospeche EII o síndrome del intestino irritable y no se sospeche cáncer colorrectal.

Este proyecto se dirige principalmente a los Servicios de Digestivo y Pediatría.

MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Estudio comparativo de varios métodos de análisis de CF para elegir la que mejor se adapte a nuestro medio.
2. Reuniones con el servicio de Digestivo.
3. Entrenamiento de los TEL en las fases preanalítica y analítica del test elegido.
4. Implementación del proceso.
5. Comunicación a los clínicos implicados.
6. Evaluación del proceso implementado y realización de los ajustes necesarios que permitan el cumplimiento de los objetivos.

INDICADORES

Tiempo de demora medio del ensayo CF. Estándar mínimo: = 3 días. Estándar óptimo: < 2 días.

Precio por determinación. Estándar mínimo: reducción del gasto. Estándar óptimo: reducción del precio por determinación superior al 50%.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. El calendario previsto es el siguiente:

Febrero-Mayo 2019: Evaluación de 3 analizadores.

Junio - Agosto 2019: Evaluación de parámetros técnicos, clínicos y de costes.

Septiembre 2019: Entrenamiento de los TEL.

Octubre-Diciembre: Implementación.

Enero-Febrero 2020: Seguimiento y evaluación del proceso implementado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID LAMUÑO SANCHEZ
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO ADAN ADELA
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
SANLLEHI VILA NURIA
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
RAMOS VICENTE NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la presente memoria se hace un balance de las determinaciones de Procalcitonina (PCT) en nuestro medio durante el año 2018. Para valorar el uso de éste parámetro en la práctica clínica habitual se hace recopilación de los siguientes indicadores:

Nº de peticiones de PCT por servicio.

Nº de peticiones que contengan PCT y Proteína C Reactiva (PCR).

Nº de peticiones que contengan PCT y hemograma.

Nº de peticiones de PCT que sean secundarias a una sospecha de sepsis.

Peticiones por paciente

Se realiza también un estudio sobre la seriación en las peticiones de PCT con el objetivo de valorar su pertinencia así como su utilidad.

Por último se redactan las recomendaciones que se realizan sobre el uso y manejo de PCT en el ámbito hospitalario según los servicios que prescriben su determinación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Situación de petición de PCT:

Durante el año 2018 se han realizado un total de 3246 PCT, mediante la plataforma Cobas E 411, Roche Diagnostics. Los resultados procesados se recogen de la base de datos del Sistema Informático de Laboratorio, Modulab Gold, Werfen.

Se realiza el análisis descriptivo de los índices propuestos obteniéndose los siguientes resultados:

A. Número de peticiones de PCT por servicio:

En este punto se obtienen que Medicina Interna, UCI y urgencias son los servicios peticionarios que demandan mayor número de PCT al laboratorio con 935, 720 y 542 peticiones respectivamente. Las determinaciones realizadas por el resto de Servicios a los que lleva alcance este proyecto son Cirugía 270 PCT, Nefrología 89 PCT y Neumología con 7 peticiones de PCT.

En este apartado cabe destacar que otros servicios que no se incluían en el alcance del proyecto como son Pediatría y Geriátrica en los que nos encontramos con 101 y 84 peticiones de PCT respectivamente.

B. Número de peticiones de PCT en las que se determina paralelamente con la PCR:

El número de peticiones en las que se había solicitado de manera simultánea PCT y PCR es de 2103, suponiendo un 64,7% del total de determinaciones

C. Número de peticiones que determinan de manera conjunta PCT y hemograma

El número de peticiones en las que se realiza la PCT en paralelo con un hemograma es de 3072, suponiendo un 94,6% del total de determinaciones.

D. Número de peticiones en las que se solicita PCT en casos de sospecha de Sepsis:

En este caso el número de peticiones de PCT en caso de sospecha de Sepsis fue bastante bajo, registrándose únicamente 20 casos. Si se añaden el resto de diagnósticos en los que existen infecciones la cifra aumenta hasta los 137 casos. En este índice se produce una gran falta de información debido al registro incorrecto del campo diagnóstico, en el que en la petición rutinaria en papel se obvian o no se entienden parámetros como médico prescriptor y/o diagnóstico. Destaca en este campo los valores "No consta" con 1679 peticiones, siendo un 50,7% del total de peticiones, junto con "Otros diagnósticos" 669 peticiones y "Abdomen disconfort" 579 peticiones con unos porcentajes del 20,6 y 17,8 % respectivamente.

E. Peticiones por paciente:

Las 3247 PCT fueron realizadas sobre 1352 pacientes lo que supone que se realizaron 2,4 PCT por paciente de promedio. Si se observa la distribución de frecuencias de estos pacientes tendremos un máximo de 25 determinaciones en un paciente

2. Valoración de la demanda:

En el análisis de la seriación de las determinaciones de PCT, a grandes rasgos, no se observa ningún patrón anómalo de repetición de determinaciones, siendo UCI el servicio con más repeticiones de PCT realizadas sobre un mismo paciente. Este caso es la situación normal ya que es en esta unidad donde se trata a los pacientes en shock y la monitorización está más que recomendada. Existen algunos casos en los que se producen repeticiones de PCT sin respetar el tiempo de vida medio del marcador. La cantidad de estos casos es mínima y afecta de manera residual a los costos. La solución adoptada es el envío de una nota interna a los distintos servicios en los que se indica las recomendaciones de uso de la PCT así como sus limitaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

La procalcitonina no puede considerarse un indicador específico de infección ya que puede aparecer elevado en otras situaciones. De todos modos el uso de este marcador debe ser enfocado al diagnóstico precoz de sepsis y bacteriemia en pacientes críticos cuando no existe una evidencia clínica. El uso de determinaciones seriadas tendrá gran importancia ya que se pueden evidenciar presencia de falsos incrementos, en los que sobrepasado el tiempo de vida medio de la procalcitonina (entre 24 y 30 horas), volvería a valores normales. El caso de infecciones subyacentes se puede encontrar valores bajos de PCT y si se evidencia un aumento en 6 a 24 horas, indicaría la sospecha de infección bacteriana.

Uno de los principales usos de la PCT es como marcador en el diagnóstico diferencial de meningitis bacteriana frente a la meningitis de origen vírico, en la que los valores de PCT son menores de 0,50 ng/mL. También tiene un uso importante en el manejo de infecciones urinarias del tracto inferior y superior en niños. En estos casos valores de PCT elevados al ingreso pueden indicar un riesgo aumentado de lesión renal, mientras que valores bajos se asocian a un riesgo más bajo de este tipo de lesión.

Otro uso recomendado de la PCT es en el diagnóstico diferencial de fiebres de origen desconocido en pacientes neutropénicos, en los que la fiebre puede ser debida a otros procesos como son inflamaciones sistémicas no infecciosas, neoplasias, etc. En este punto se recomienda que en la presencia de fiebres de origen desconocido se realicen las determinaciones en conjunto de PCT, PCR y un hemograma debido a la elevada potencia diagnóstica conjunta.

Muy importante es el uso de la PCT en el estadiaje de una bacteriemia ya que el nivel de PCT es proporcional a la gravedad de la infección, de tal forma que un correcto uso hace que la prueba facilite un nivel de gravedad de la infección en los pacientes con riesgo a sufrir un shock séptico.

En cuanto a la monitorización de la infección, ha demostrado ser de utilidad para valorar la progresión ya que valores persistentemente elevados indican que la infección no está controlada, mientras que las disminuciones indican un mejor pronóstico.

En el campo de la cirugía el uso de PCT es delicado debido a que se producen elevaciones inespecíficas debidas a la presencia de variables confusoras. Estas variables son la inflamación intensa a la que se encuentran expuestos los pacientes con grandes traumas. En estos casos la cinética de la PCT presenta un pico de elevación en las primeras 48 horas apareciendo valores superiores al punto de corte. Los valores volverían a la normalidad en el transcurso de los 7 días siguientes, en los casos en los que se resuelva el evento y que no aparezca infección bacteriana. Por tanto el uso de PCT es útil en la valoración del estado post operatorio y en el control de posibles infecciones. Para este grupo de pacientes no existe en la bibliografía un punto de corte confiable para distinguir los efectos traumáticos de la cirugía de una posible infección, por lo que en este caso la monitorización es el mejor recurso para cribar las infecciones, valorando la cinética de eliminación de la PCT. En los casos de cirugía abdominal, la presencia de complicaciones en forma de infección quirúrgica es frecuente. En estos casos, la medida de temperatura, PCR y la fórmula leucocitaria del hemograma son parámetros inespecíficos que no predicen de manera precisa la infección de la herida quirúrgica. Según indican algunos estudios, valores por debajo de 1,00 ng/mL de PCT en los dos primeros días tras la operación indican con una elevada sensibilidad (95%) y una especificidad aceptable (63%) la eliminación del foco infeccioso en este tipo de cirugías.

Especial relevancia tiene la medición de PCT en los casos de pancreatitis ya que tiene muy buena sensibilidad y orienta de manera satisfactoria para el inicio de la terapia antimicrobiana. Los puntos de corte para estos pacientes serán los mismos que para la población general.

Recomendaciones:

De acuerdo con la Sociedad Española de Medicina del Laboratorio (SEQC) y con la bibliografía consultada se pueden realizar las siguientes recomendaciones en el manejo y uso de la PCT:

1. La PCT no se considera un método específico de infección
2. Las concentraciones de PCT pueden ser usadas para valorar el nivel de la gravedad de una infección bacteriana.
3. El uso de PCT es importante en el diagnóstico diferencial de procesos inflamatorios agudos como es el caso del SRIS.
4. El valor de PCT tiene valor pronóstico en el desarrollo de complicaciones.
5. La monitorización de la PCT está indicado en la valoración de la evolución de la sepsis y es un indicador temprano de la eficacia del tratamiento establecido.
6. La determinación de PCT no necesita condiciones preanalíticas específicas por lo que puede ser usado en la urgencia médica.
7. En el campo quirúrgico, debido a la presencia de falsos positivos debido al proceso inflamatorio, se recomienda la monitorización de los valores de PCT para valorar la eliminación del marcador.
8. La PCT puede ser usada en pacientes con insuficiencia renal debido a que no parece perder utilidad diagnóstica aunque la evidencia actual es limitada.

7. OBSERVACIONES.

En el estudio realizado sobre estas determinaciones se ha encontrado una incidencia que limita de manera considerable la potencia del estudio. En cuanto a la información adicional soportada en la base de datos, en el campo de diagnóstico había muchos casos en los que no figuraba dicho diagnóstico. Esto se debe al uso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

peticiones analíticas en papel en los que en muchas ocasiones no se rellena el espacio reservado. Esta observación se puede solucionar en cierta medida desarrollando la petición analítica electrónica, de modo que sea un campo obligatorio a rellenar por el médico solicitante.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/918 ===== ***

Nº de registro: 0918

Título
ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACION DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN ADELA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, RAMOS VICENTE NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El concepto de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) se define como un síndrome generalizado caracterizado por la presencia de signos y síntomas clínicos de inflamación como: temperatura corporal anormal, taquicardia, hiperventilación y leucocitosis o leucopenia, con independencia de su causa, mientras que la sepsis se trata de una respuesta inflamatoria sistémica a un estímulo infeccioso. Es decir, cuando el SRIS está presente y la infección bacteriana está probada o sospechada, el diagnóstico es de sepsis.

No es sencillo establecer la causa del SRIS. El desarrollo de marcadores bioquímicos de inflamación como la proteína-C-reactiva (PCR), la interleuquina-6 (IL-6) y la procalcitonina (PCT) ha permitido diferenciar mejor ambos procesos; por lo que ya desde el 2001 en la Conferencia Internacional de Definición de Sepsis se abordó la redefinición de SRIS y sepsis, con la recomendación de estratificar a los pacientes no sólo en función de la clínica, sino también atendiendo a marcadores bioquímicos como PCR, IL-6 y PCT, independientemente de los resultados de estudios microbiológicos.

A pesar de que la PCT no es un marcador perfecto, puesto que se eleva en situaciones infecciosas, se ha postulado la procalcitonina como un marcador de gran utilidad en SRIS, infección y sepsis.

En nuestro laboratorio se implementó la determinación de PCT en el Laboratorio de Urgencias en Junio del 2017, anteriormente esta determinación se realizaba de rutina, en horario de mañana de lunes a viernes. Desde esta fecha ha incrementado exponencialmente la demanda de dicho marcador.

RESULTADOS ESPERADOS
Es estudiar la demanda de PCT y elaborar de una forma multidisciplinar pautas de petición. Los objetivos secundarios son:
Analizar la situación de petición en nuestro centro.
Ajustar de forma eficiente la demanda.
Implantar las recomendaciones para la correcta petición e interpretación de los resultados.

Este proyecto se dirige a servicios peticionarios: Urgencias, UCI, Cirugía, Medicina Interna, Nefrología y Neumología.
La población diana son los pacientes con sospecha de sepsis o SRIS atendidos por estos servicios.

MÉTODO
1. Analizar la situación de petición de PCT en nuestro centro.
Analizar la petición: número de petición, servicios peticionarios, intervalo de seriación, número de peticiones/pacientes, tipo de pacientes atendidos, tiempos de respuesta, diagnóstico o juicio clínicos.
Estudiar junto con otros marcadores bioquímicos y hematológicos solicitados ante sospecha de sepsis (PCR o hemograma)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

2. Ajustar de forma eficiente la demanda.

Valorar si existen patrones de petición no adecuados.

Valorar si se puede limitar la demanda a servicios o estamentos (residentes)

Analizar el coste real de la determinación.

3. Implantar las recomendaciones para la correcta petición e interpretación de los resultados a través de las siguientes acciones:

Reunir con los Servicios implicados para explicar la situación actual y fijar los objetivos entre todas las partes implicadas si se detectan posibles áreas de mejora.

Elaboración, de forma multidisciplinar, de un protocolo de actuación fijando la utilidad y las recomendaciones para la medición de PCT en el laboratorio clínico.

Comunicación de posibles cambios realizados.

Evaluación del proceso de implementación para detectar posibles incidencias e implantar mejoras.

INDICADORES

Indicadores:

- Nº petición/Servicio
- Nº petición PCT/PCR
- Nº petición PCR/Hemograma
- Nº Petición PCR/Sospecha Sepsis
- Coste real de la determinación

Se evaluará el grado de adherencia al protocolo.

DURACIÓN

La duración de unos 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2019: Estudio bibliográfico y recomendaciones actuales de la solicitud y análisis de PCT.

Abril- Junio 2019: Análisis estadístico de las determinaciones de PCT realizadas en el año natural 2018.

Julio- Noviembre 2019: Evaluación del protocolo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora.

Introducción de adaptaciones y comunicación de la nueva forma de proceder.

Diciembre 2019: Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ADELA VALERO ADAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
CERCOS GRAU BENJAMIN
BONILLA MONTERDE GERMAN RAMON
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL
YAGÜE IBAÑEZ ESMERALDA
GARCIA MARCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

26 de abril de 2019.

Primera reunión del equipo en la sala de espera del Servicio de Análisis clínicos del Hospital Obispo Polanco. El equipo es multidisciplinar, compuesto por personal de administración, supervisión y facultativos del Servicio, informáticos e ingeniero de mantenimiento

Observación de la sala de espera

Puesta en común de las posibilidades de mejora

Elaboración de prioridades

16 de mayo de 2019

Evaluación de las actuaciones y coste económico necesario

30 de mayo 2019

Consenso en las actuaciones y búsqueda de alternativas económicamente más factibles (el número de entrada a la sala de extracciones no será automático sino entregado manualmente por el personal administrativo, el monitor de números de la sala de extracciones se pulsará manualmente por el celador en lugar de ser automático)

Reunión con el Servicio de Medicina Preventiva para informar del proyecto y recibir instrucciones de las normas a seguir

12 junio 2019

Elaboración realista de cronograma de actuaciones teniendo como prioridad principal el seguir manteniendo la actividad diaria de registro de peticiones y extracción de muestras .

Información a los posibles pacientes en las zonas de entrada al Hospital de una zona de extracción alternativa el viernes día 21 de junio 2019

Información al personal del Servicio de las mejoras a realizar y de las posibles incidencias que pudieran presentarse, preparando un plan de contingencia para su resolución

1ª FASE (De 11:00 del 20 junio a 23 junio)

1- Desalojo de todo el material móvil de la zona a reformar.

2- Aislamiento de la sala de espera.

4- Desmontaje del mostrador de recepción existente e instalación del nuevo

5- Montaje de las nuevas instalaciones de electricidad e informática en el nuevo mostrador, montaje de dos puntos de registro informático y colocación del dispensador de turnos.

6- Sustitución de la iluminación de la sala de espera, modificando la distribución

7- Limpieza de la zona de obras.

El viernes día 21 de junio se habilito una zona para extracciones cercana a un puesto informático para registro de peticiones fuera de la zona de obras

2ª Fase (De 11:00 del 6 de septiembre a 8 de septiembre)

1- Desalojar todo el material móvil de la zona.

2- Cobertura con plásticos del mobiliario fijo.

3- Aislamiento de la sala de espera.

4- Colocación del acristalamiento de la zona del mostrador.

5- Pintura de la sala de espera.

6- Limpieza de la zona de obras.

7- Colocar nuevamente el mobiliario retirado.

Los turnos en que se realizaron las obras fueron de mañana y tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este proyecto se ha conseguido un ambiente más confortable gracias a la nueva iluminación y al cambio en la pintura de la sala. El mobiliario es más accesible para las personas mayores, embarazadas o personas con movilidad reducida gracias a la mayor altura de los asientos.

Al ampliar dos puestos informáticos se ha agilizado de manera notable la entrada para el registro informático de las peticiones; La espera para la extracción no provoca tanta ansiedad ya que no es necesario realizar fila y desde sus asientos pueden observar tranquilamente el turno de extracción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Indicadores

A Encuesta Pacientes. Población diana los pacientes usuarios de la sala de espera. 100 encuestas voluntarias y anónimas

1- Ha observado cambios en la sala de espera

? Si 95.8 %

? No 4.2%

2- Cree que se ha agilizado la espera al contar con dos puestos informáticos

? Si 95.8 %

? No 4.2%

3- Le parece adecuada la puesta en funcionamiento de un monitor de números para la extracción

? Si 100%

? No 0%

4- En general como valora los cambios realizados (Pintura, nuevas filas de asientos, iluminación...)

? No encuentro ninguna mejoría 2.7%

? Los cambios realizados mejoran un poco la espera 12%

? Estoy muy satisfecho 80.5 %

5- Piensa que se debería dar cita anticipada para las extracciones en el Laboratorio de este Hospital

? Si 30.43 %

? No 69.57%

Propuestas de mejora

Agilizar la zona de extracción en determinados días

Ampliación de horario de extracción

Agilizar la espera administrativa con otro dispensador de turnos automático

B Encuesta trabajadores. Población diana, los trabajadores del Servicio de Bioquímica: Administrativos, Auxiliares, Enfermeras, TEL, Celador, FEAS).20 encuestas voluntarias y anónimas

1-Los cambios realizados en la sala de espera (Nº de puestos Administrativos, mobiliario, ...) afectan en tu trabajo diario

? Si 73%

? No 27%

2-Si has contestado si

? Ha mejorado tu trabajo 80%

? Ha empeorado 0%

? No he observado cambios 20%

3-Crees que la ampliación de dos puestos informáticos ha dinamizado la espera para la introducción de peticiones en el Sistema Informático del Laboratorio

? SI 95%

? No 5%

? NS/NC

4-En tu opinión, hemos mejorado la comodidad de los pacientes

? SI 92%

? No 4%

? NS/NC 4%

5-Deberíamos citar a los pacientes

? SI 52%

? No 48%

Propuestas de mejora y observaciones

La citación provoca muchas diferencias en el número de extracciones según los días, pero por otra parte es un valor añadido, facilitar a los pacientes la elección de día para su extracción.

Limitar la citación al día de extracción de pruebas externas (Lunes)

Dispensador de turnos automático accionado desde la sala de extracciones

Aumentar los servicios con petición electrónica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Este proyecto ha servido para dar claramente una mayor comodidad y agilidad en la sala de espera de extracciones del Laboratorio Obispo Polanco. El equipo multidisciplinar componente del proyecto se siente satisfecho ya que gracias a una buena coordinación de todos no se frenó en ningún momento la actividad diaria del Servicio.

Logro de Objetivos

Se han logrado según describen las encuestas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Aspectos pendientes

Sería deseable como han expresado en observaciones y propuestas de mejora tanto los pacientes como los trabajadores del Servicio, que el dispensador de turnos fuera automático accionándose desde el puesto del personal extractor y que en la entrada a la sala de espera se contara también con dispensador de turnos para la zona administrativa de esta forma los pacientes podrían estar sentados más tiempo. Otro asunto pendiente es el desequilibrio en la afluencia de personas en los diferentes días de la semana (predominando el lunes por ser el día de envío a hospitales externos) se podría evitar por medio de citación anticipada, o bien ser motivo de otro proyecto de mejora con actuaciones concretas para solucionarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1334 ===== ***

Nº de registro: 1334

Título
MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Autores:
VALERO ADAN ADELA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, CERCOS GRAU BENJAMIN, BONILLA MONTERDE GERMAN RAMON, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL, YAGÜE IBAÑEZ ESMERALDA, GARCIA MARCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población atendida en la sala de extracciones
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En estos momentos las extracciones sanguíneas en el laboratorio del Hospital Obispo Polanco (H.O.P) se realizan a demanda, sin cita previa, tanto a los pacientes de consultas externas como aquellos cuyas peticiones tienen pruebas especiales que deben ser remitidas a hospitales de referencia de nuestra comunidad autónoma como fuera de ella.

La sala de espera de extracciones y recepción de muestras del Servicio del H.O.P está compuesta con un solo puesto administrativo para la introducción de las peticiones en el Sistema Informático del Laboratorio (S.I.L). El mobiliario con el que se cuenta además de necesitar una modernización es incómodo y poco práctico, ocupa mucho espacio. Al no contar con un gestor de filas, los pacientes deben realizar dos filas de espera (no se sientan) una para la ventanilla administrativa y otra para las extracciones.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto de mejora es dar a los usuarios de la sala de espera/extracciones una mayor comodidad y organización en su estancia/espera

Objetivos secundarios:

- A) Dinamizar la zona/área administrativa (Creación de un nuevo puesto)
- b) Favorecer un orden adecuado en el área de extracciones (Control de fila) permitiendo una mayor confidencialidad
- c) Remodelación y adecuación de la sala de espera (puntos informáticos, nueva ventanilla, iluminación, escayolas y cristal de separación.)

La población diana son todos los pacientes a los que se realiza la extracción en consultas externas

MÉTODO

- 1.Reunion multidisciplinar: Laboratorio, informática, mantenimiento para visualizar la situación actual
- 2.Estudio de los espacios físicos, iluminación, mobiliario.
3. Posibilidades reales de intervención.
- 4.Valorar Coste-efectividad de las acciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

- 5. Cronograma. Calendario de las diferentes etapas del proceso, funciones y responsabilidades del equipo
- 6. Evaluar la ejecución del proceso de adecuación y detectar posibles incidencias e implantar mejoras.

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción de los usuarios de la sala de espera y extracciones 2019
- Comparación con la encuesta del año 2018
- Encuesta de satisfacción de personal del Servicio de Análisis Clínicos: administrativos, enfermeros, auxiliares y celador

DURACIÓN

La duración de 10-12 meses.

Abril - Noviembre 2019:

Informática

- Colocación de tomas de red y certificación de las conexiones.
- Puesta en marcha de un PC (W10, Modulab, etc)
- Instalación y configuración de impresora de etiquetas.
- Comprobación del correcto funcionamiento del sistema.

Mantenimiento

- Sustitución y nueva ubicación de iluminación
- Diseño de mostrador de atención al público
- Instalación cámara de video vigilancia
- Instalación de sistema pasa turnos
- Aislamiento zona de obras

Laboratorio

- Organización del personal para el correcto funcionamiento del nuevo sistema
- Participación activa en el diseño de mostrador, iluminación y digitalización del control de filas
- Información a los pacientes de la correcta utilización del nuevo sistema
- Elaboración de las encuestas de satisfacción
- Evaluación de dichas encuestas

Noviembre-Diciembre 2019: Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0003

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE SARA ALEGRE SORIANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERMOSILLA ROBLES CRISTINA
ALONSO PEREZ PILAR
PEREZ ABRIL CONCHA
TOLOS MARIN MARIA TERESA
MARTIN MARTIN ALICIA
CAMPILLO DOBON EVA
LAFUENTE OBENSA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo de trabajo, formado por ocho enfermeras, que se han encargado de identificar, analizar y corregir la causas que dificultaban llevar a cabo el check list con las recomendaciones de la OMS, que estaba implantado anteriormente en el quirófano del Hospital Obispo Polanco, hace unos años.

Se ha realizado un listado de verificación de seguridad en el quirófano, adaptado a enfermería para ser implantado a modo piloto por esta categoría profesional, con la perspectiva de que sea todo el personal de quirófano implicado en el proceso, el que se encargue de ponerlo en común.

Se han establecido unas normas de recogida de los ítems de este listado de verificación de seguridad, para que pasen por un doble filtro: enfermera de anestesia e instrumento, en la que una lee los ítems en voz alta y la otra chequea. Se registran los datos, entre ambas.

Se ha modificado la hoja de valoración de enfermería para poder realizar la recogida de datos, facilitando así la exportación de los mismos a nivel informático.

Se solicitó al servicio de informática del hospital su colaboración (previo permiso a dirección de enfermería), para la inclusión del listado de verificación de enfermería, dentro de un programa informático del hospital; quedando así los ítems registrados de cada paciente en dicho programa y en su historia clínica.

El servicio de informática, por su parte, se encargó del diseño del listado a nivel informático para que fuese lo más intuitivo y sencillo de cumplimentar. También lo dejaron instalado en los ordenadores del servicio de quirófano.

Se realizó un sesión clínica para formar a los profesionales del bloque quirúrgico, en cuanto a la sistemática de la realización del listado de verificación, así como su registro en la hoja de valoración de enfermería y su correspondiente cumplimentación informática. En dicha sesión, se mostró los beneficios para el paciente de la aplicación de esta nueva herramienta.

Se envía una solicitud a dirección médica y de enfermería, para la creación de un grupo de trabajo, dependiente de la comisión de seguridad del hospital, para que acredite a las enfermeras implicadas en el incremento de la seguridad de los pacientes y el registro de datos. (Éstos últimos generan una carga de trabajo extra.)

El listado de verificación de enfermería, junto con la nueva hoja de enfermería, se implantó el 20 de marzo de 2019 a modo piloto y se comenzaron a recoger datos desde el 1 de abril.

Para poder comprobar la aceptación del listado de verificación y detectar puntos de mejora, se realizó un curso dentro del plan de formación del SALUD, que estaba abierto a todo el sector. Con gran aceptación por parte de enfermeras del bloque quirúrgico.

La encuesta de satisfacción del personal implicado está programada para realizarla al año y todavía no se ha cumplido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia a la sesión clínica de formación fue del 93% de profesionales de enfermería.

Medición del número de listados de verificación de seguridad de enfermería:

Número de verificaciones registrados 1630
----- = ----- = 76%
Total de intervenciones realizadas. 2127

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0003

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación :

Formularios correctos 1630
----- = ----- = 100%
Total formularios 1630

La asistencia al curso de formación incluido dentro del SALUD fue del 85% de personal de quirófano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El listado de verificación de enfermería es una herramienta útil que permite incrementar la seguridad del paciente dentro del bloque quirúrgico.

Este listado detecta incidencias que precisan una actuación inmediata evitando así potenciales complicaciones.

Se ha conseguido favorecer el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales.

Este proyecto ha cumplido todos los plazos previstos en su realización, continuando en vigor.

En cuanto a las recomendaciones, se cree oportuno incluir al resto de los profesionales del quirófano implicados en el proceso, puesto que se ha demostrado su efectividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/3 ===== ***

Nº de registro: 0003

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Autores:
ALEGRE SORIANO SARA, HERMOSILLA ROBLES CRISTINA, ALONSO PEREZ PILAR, PEREZ ABRIL CONCHA, TOLOS MARIN MARIA TERESA, MARTIN MARTIN ALICIA, CAMPILLO DOBON EVA, LAFUENTE OBENSA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En enero del 2007, la Organización Mundial de la Salud lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esa iniciativa, denominada "Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas", tiene como objetivo reconocer ciertas normas mínimas de atención quirúrgica que puedan aplicarse de manera universal, en todos los países y entornos.

Los listados de verificación (checklists) son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto en la correcta ejecución de determinadas actividades como en la prevención de errores debido a que sirven para sistematizar las acciones y además son un recordatorio de las mismas.

La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación, está basada en pruebas clínicas, opiniones de expertos y la experiencia de los equipos quirúrgicos, por lo que se reduce la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0003

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Cumplir con estas premisas hace necesario, establecer los pasos y medidas que mejoren la seguridad de los pacientes en el bloque quirúrgico del Hospital Obispo Polanco.
Pretendemos llevar a la práctica una lista de verificación efectiva, ya que su intento de implantación con anterioridad, no obtuvo el éxito deseado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de una subcomisión de quirófano, formada por ocho enfermeras, que identifiquen, analicen y corrijan la causa de los problemas, que dificultaban llevar a cabo dicha lista de verificación.
- Implantación de una herramienta efectiva, que nos permita incrementar la seguridad en el quirófano, evitar problema comunes, letales y evitables, así como reducir el número de intervenciones suspendidas.
- Favorecer el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales, normalizando su uso en principio en enfermería y demostrando su efectividad al resto del equipo interdisciplinar.

MÉTODO

- Formación y composición de una subcomisión quirúrgica, cuyo cometido será:
 - Identificar problemas y establecer medidas para su resolución.
 - Elaborar la lista de verificación y establecer su implantación .
 - Formar a los profesionales del bloque quirúrgico, en cuanto a la sistemática de la realización así como su registro.
 - Enseñar los beneficios de su aplicación y motivar al resto del personal.
 - Adecuar la actual hoja de registro de valoración de enfermería, incluyendo ítems de listado de verificación consiguiendo una doble comprobación y facilitando el registro de forma sencilla y eficaz.
 - Formar al personal del bloque quirúrgico en la nueva hoja de valoración de enfermería
 - Revisar la dotación de material necesario.
 - Solicitar los permisos necesarios a la dirección de Enfermería del Hospital para el manejo informático del listado de verificación de enfermería, creando un registro que permita el uso adecuado de los datos, conservando la privacidad del paciente .
 - Iniciar su aplicación.

INDICADORES

- ?- Medición del número de verificaciones registrados/total de intervenciones realizadas.
- ?- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- ?- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).
- ?- Encuesta de satisfacción del personal implicado.

DURACIÓN

El tiempo para la planificación de este proyecto es de un año.
La subcomisión del bloque quirúrgico se creó en diciembre de 2017.
Durante el primer cuatrimestre de 2018, se identificaron los problemas relacionados con la anterior implantación y se pusieron en marcha medidas para su resolución.
Durante el segundo cuatrimestre se creó el listado de verificación de seguridad de enfermería como una solución a los problemas detectados, así como su diseño y la toma de decisión de adecuar la hoja de valoración de enfermería.
En el tercer cuatrimestre se modifica la hoja de valoración de enfermería, con la inclusión de los ítems del listado de verificación de seguridad.
Se solicitan los permisos necesarios para el registro y tratamiento de los datos a nivel informático
En el primer cuatrimestre de 2019 se imparte la formación al personal de enfermería y se implanta el listado de verificación, así como las mejoras realizadas en la hoja de valoración enfermera.
El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.
Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0008

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN MELENDEZ VILLANUEVA
· Profesión TCAE
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRERA SORIANO BEATRIZ
HERMOSILLA ROBLES CRISTINA
ESLAVA ESLAVA CELIA
ESTEBAN PANERO MARTA ALICIA
TOLOS MARIN MARIA TERESA
LICER LOPEZ MARIA JOSE
ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades que se han llevado a cabo hasta el momento son las siguientes:

1. En octubre de 2018 se crea el Grupo de Trabajo y se identifican los problemas que se quieren solucionar en relación a la cobertura quirúrgica.
2. En diciembre de 2018 se decide elaborar un Proyecto de Mejora y se solicita su inclusión en 'Proyectos de Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) y Contratos Programa (CP) en el Servicio Aragonés de Salud'.
3. El 16 de enero de 2019 a las 8:00 horas se lleva a cabo la primera reunión, en la que se toman las siguientes decisiones:
 - Elaboración de una Guía de uso de cobertura para cada intervención. Realizada en el Hospital General Obispo Polanco. Tiempo de elaboración: 3 meses.
 - Proceder a la revisión de stockage cada 15 días.
 - Elaboración de un plano en formato digital de localización de la cobertura.
4. El 8 de mayo de 2019 se realiza una sesión informativa para exponer el proyecto y las acciones realizadas al resto del personal de enfermería del servicio:
 - Implantación de una Guía de uso de coberturas por cada especialidad, y del plano de localización, como herramientas efectivas de trabajo.
 - Elaboración de una Hoja de Incidencias para reflejar casos de preparación y/o utilización inadecuadas de coberturas, al objeto de poder corregirlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Gran aceptación del proyecto por parte de todo el personal del bloque quirúrgico
2. Asistencia a la sesión formativa: 89% de los profesionales de enfermería implicados.
3. Para calcular los indicadores del uso de la guía de coberturas quirúrgicas, se optó por recoger datos de las intervenciones de Traumatología y Cirugía:
 - N° coberturas preparadas con la guía en Trauma: 987 /N° total de intervenciones de Trauma en 2019: 987 =
Uso de la guía en intervenciones de Trauma: 100%
 - N° coberturas preparadas con la guía en Cirugía: 1273 /N° total de intervenciones de Cirugía en 2019: 1273 =
Uso de la guía en intervenciones de Cirugía: 100%
4. El 63% de TCAEs de nueva incorporación, de este año, se les presentó la guía de uso de cobertura; posteriormente se les realizó una encuesta de satisfacción, siendo el 98% de los ítems favorables en cuanto a la efectividad de esta herramienta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La estandarización del uso de la cobertura por intervenciones ha resultado una herramienta muy útil, facilitando el trabajo en tiempo y aprendizaje al personal de enfermería del Servicio de Quirófano del Hospital Obispo Polanco de Teruel.
2. Ha favorecido el trabajo en equipo, al haber tenido en cuenta opiniones y aportaciones de todo el equipo quirúrgico a la hora de elaborar la guía.
3. Se ha cumplido el plazo previsto para su realización.
4. Se considera que se han cumplido buena parte de los objetivos que se establecieron en el arranque del proyecto:
 - Reducir coste económico eliminando gastos en coberturas innecesarios.
 - Ayudar a reducir los tiempos quirúrgicos.
 - Mejorar la coordinación del Equipo.
 - Asegurar que las coberturas mantienen las características físicas adecuadas.
 - Mejorar la estimación de existencias de coberturas en el almacén.
5. Se propone continuar con la práctica de uso de la guía de utilización de coberturas y del plano de ubicación de las mismas en almacén, actualizando ambos documentos cada vez que se estime necesario, como mínimo anualmente.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0008

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

*** ===== Resumen del proyecto 2019/8 ===== ***

Nº de registro: 0008

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD: OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

Autores:
MELENDEZ VILLANUEVA MARIA DEL CARMEN, SORIANO BARRERA BEATRIZ, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS, ESLAVA ESLAVA CELIA, ESTEBAN PANERO MARTA ALICIA, LICER LOPEZ MARIA JOSE, HERMOSILLA ROBLES CRISTINA, TOLOS MARIN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES QUE PASAN POR QUIRÓFANO
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Resulta relativamente frecuente en quirófano la apertura en exceso de coberturas quirúrgicas, en una cantidad por encima de la estrictamente necesaria, lo que causa no solo un sobrecoste innecesario y un aumento de la gestión de residuos, sino también un aumento de la duración del tiempo quirúrgico perioperatorio. Con este proyecto pretendemos protocolizar para todo el personal de la unidad el uso de las coberturas, lo que redundará en una optimización del tiempo y de los recursos.
La existencia de este protocolo será especialmente beneficiosa para el personal nuevo o temporal, eliminando dudas y posibles errores en el uso de coberturas.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la calidad asistencial en quirófano mediante las siguientes acciones:
1º) Reducir el coste económico o eliminar gasto innecesario.
2º) Reducir los tiempos quirúrgicos.
3º) Mejorar la coordinación en este campo.
4º) Asegurar que la cobertura mantiene las características físicas adecuadas.
5º) Realizar un recuento del número total de pacientes que, por cualquier motivo y desde cualquier especialidad, pasan por quirófano, mejorando así los datos y dándoles mayor visibilidad.
6º) Mejorar la estimación de existencias de cobertura que debe haber en almacén.

MÉTODO
Actualmente, para el stockage de coberturas en almacén, se realiza una estimación quincenal. A esta práctica actual, que debería unirse al protocolo, deberían añadirse otras:
• Guía de utilización de la cobertura para cada intervención concreta.
• Plano de localización de la cobertura en el almacén de área.
• Correcta señalización, rotulación y orden de las cajas contenedoras por fechas de consumo/caducidad y especialidad y/o tipo de intervención.
• Formación continuada en el uso de coberturas para todo el personal quirúrgico mediante sesiones y cursos, así como formación individualizada para el personal temporal.

INDICADORES
Check-List con hojas de verificación de:
• Fecha y turno
• Tipo de intervención.
• Tipo de cobertura.
• Fecha de caducidad.
• Adecuación o no de la cobertura utilizada y causas en caso de inadecuación.
Una vez implantado el protocolo, realizar comparativa de costes de compra de coberturas por trimestres o anualidades completas en relación a las anteriores a su implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0008

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

DURACIÓN

Fechas de inicio y fin de implantación del proyecto: primer trimestre 2019 a ultimo trimestre 2019.

Reuniones de seguimiento:

?periódicas: una por trimestre

?extraordinarias: a demanda o cuando se incorpore nuevo personal (de forma conjunta o individual)

Informe final con análisis de cumplimiento de objetivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0733

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE EVA CAMPILLO DOBON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALEGRE SORIANO SARA
CORTES GIMENEZ MARIA LUZ
PEREZ MIGUEL MARIA CARMEN
PEREZ SANCHEZ INMACULADA
CORONAS GOMEZ VICENTA MERCEDES
MERCADAL DOMINGO ANA BELEN
MARQUES ESTEBAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha diseñado una hoja de registro de entrada y salida del material entre el bloque quirúrgico y la central de esterilización, dividida por especialidades quirúrgicas.
-Se ha establecido un código de colores para marcar el material empaquetado suelto por especialidades:
-O.R.L.----- NARANJA
-OFTALMOLOGIA----- AMARILLO
-CIRUGIA----- VERDE
-TRAUMATOLOGIA----- BLANCO
-UROLOGIA----- AZUL
-GINECOLOGIA----- ROSA
-Se marcaron unas cestillas para cada especialidad (2 para cada una), para recibir y enviar el material dividido por especialidades.
-Se han marcado con cinta termorresistente de color amarillo todos los contenedores para facilitar tanto su distribución como su almacenaje.
-Se realizó una sesión clínica para informar al personal del bloque quirúrgico y al de la central de esterilización sobre:
- La circulación de las cestillas del material sucio y estéril.
- La hoja de registro de todo el material de quirófano (contenedores, cajas, material suelto..).
- Información del código de colores de cada especialidad, para que se pueda distinguir fácilmente cuando llegue el instrumental desde la central de esterilización.
-Tanto la hoja de registro como la circulación de las cestillas y el marcado de colores del material según especialidades, se pusieron en marcha el 15/03/2019; comenzando los registros diarios a partir del 1/04/2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Diariamente se realiza un recuento de todo el material (contenedores, cajas y material suelto) registrado adecuadamente.

-INDICADORES:

%CONTENEDORES NO REGISTRADOS CORRECTAMENTE: (standar 10%)

(n° contenedores no registrados) 1013
----- X 100 = 14.13%
(n° total de contenedores) 7168

% MATERIAL SUELTO NO REGISTRADO CORRECTAMENTE: (standar 15%)

(n° material no registrado) 1570
----- X 100 = 18.23%
(n° total de material) 8611

-No se ha recibido ninguna reclamación de material extraviado.

-La encuesta de satisfacción de los usuarios del bloque quirurgico ha pasado de un 45.50% a un 86.40% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Aunque no se ha llegado al standar previsto del material registrado, se ha conseguido la implatacion de las hojas de registro, y cada vez llega menos material sin registrar.

-Con el código de colores se ha conseguido que el personal nuevo sepa ubicar adecuadamente el material, y así, evitar la pérdida accidental del mismo.

-Todo ello nos permite obtener una mejor trazabilidad del material del bloque quirúrgico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0733

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/733 ===== ***

Nº de registro: 0733

Título
IMPLANTACION DEL REGISTRO DE LA RECEPCION Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Autores:
CAMPILLO DOBON EVA, ALEGRE SORIANO SARA, CORTES GIMENEZ MARIA LUZ, PEREZ MIGUEL MARIA CARMEN, PEREZ SANCHEZ INMACULADA, CORONAS GOMEZ VICENTA MERCEDES, MERCADAL DOMINGO ANA, MARQUES ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En este momento el material quirúrgico no se registra por especialidades cuando sale ni entra del bloque quirúrgico, por lo que nunca se puede seguir la trazabilidad de dicho material.
El registro exhaustivo de la entrada y salida del material por especialidades quirúrgicas permitirá una correcta trazabilidad del material, evitando la pérdida accidental, además de un mayor conocimiento del material al marcado según código de colores por especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conseguir una correcta trazabilidad del material, sobre todo en el bloque quirúrgico.
-Evitar la pérdida accidental de material por falta de registro.
-Reconocer la especialidad a la que pertenece cada material según código de colores establecido.

MÉTODO

-Implantar hoja de registro de material en el bloque quirúrgico.
-Utilizar cestas de recepción y distribución de material marcadas por especialidades.
-Marcar el material suelto según código de colores establecido entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

INDICADORES

-% de contenedores no registrados correctamente :
Numerador: N° de contenedores no registrados correctamente
Denominador: N° total de contenedores que llegan a la unidad
Valor a alcanzar: Contenedores sin registrar sea menor de un 10%

-% de material suelto no registrado correctamente :
Numerador: N° de material suelto no registrado correctamente
Denominador: N° total de material suelto que llegan a la unidad
Valor a alcanzar: Contenedores sin registrar sea menor de un 15%

DURACIÓN

La fecha de inicio prevista para todas las actividades es el 01/04/2019 y será responsabilidad de todos los miembros del proyecto llevar a cabo su implantación.
Se recogerán datos de forma mensual para la evaluación del proyecto.
La duración del proyecto será durante un año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0733

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0899

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE VILLAMON NEVOT
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OREA CASTELLANO ENRIQUE
CONEJOS JERICO LAURA
HERNANDEZ MARTIN CLARA
MENDEZ MUÑOZ ISABEL
LAFUENTE OBENSA ANA BELEN
GATO LEON MANUEL JESUS
MONTON DITO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según el cronograma previsto, en el mes de marzo se empezó a realizar una búsqueda bibliografía sobre las evidencias más recientes en el cuidado de los pacientes portadores de marcapaso y de monitor cardiaco insertable. Durante el mes de abril y parte de mayo se revisaron las hojas de recomendaciones que se daban hasta entonces y se elaboraron los dípticos con las evidencias encontradas. También se realizó la encuesta de valoración del usuario y se crearon los indicadores.

La implementación de los dípticos no empezó hasta julio y no en mayo como estaba previsto porque el equipo esperaba una comunicación oficial sobre la aceptación del proyecto y no fue hasta que se preguntó y nos dieron la confirmación de manera verbal que se comenzó. Por este motivo, se decidió continuar con el proyecto hasta final de año y no hasta noviembre como estaba planificado.

Se elaboraron 3 dípticos dirigidos a las siguientes poblaciones: a) Pacientes con primoimplante, b) Pacientes con cambio de generador, c) Pacientes a los que se les ha insertado un monitor cardiaco.

La secuencia de entrega y explicación de las recomendaciones fue la siguiente: a) Por la mañana del día de la intervención: se procedió a la explicación de los cuidados prequirúrgicos y se entregó el díptico resaltando los cuidados en las primeras 24 horas. B) El día posterior y previa alta, se preguntaba por posibles dudas y se entregaba la encuesta para que la depositaran en el buzón que se hizo para tal fin.

Para el desarrollo del proyecto fue necesario un ordenador, impresora a color y elaboración de un buzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de julio a diciembre de 2019 se realizaron 18 primoimplantes y 10 recambios de generador. En relación con los indicadores de "Educación sanitaria en pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo" y "Educación sanitaria en pacientes con recambio de marcapasos definitivo", el resultado obtenido ha sido 100% para ambos.

El indicador "Educación sanitaria en pacientes con implante de monitor cardiaco insertable" no se pudo medir por no realizarse ningún implante

Se entregaron 26 encuestas y se recibieron 19, obteniendo como resultado del indicador "Realización de encuesta" 73,07% (estándar 70-80%)

Con respecto a los indicadores para medir la satisfacción del usuario (pregunta 1 y pregunta 2) el resultado fue para ambos 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los indicadores previstos cumplen los objetivos planteados.

Tal y como muestran los resultados, aunque a todos los pacientes se les dio y explicó el díptico, dos encuestas no fueron entregadas debido a que un paciente presentaba deterioro cognitivo y no disponía de cuidador principal y otro paciente se encontraba en una situación emocional de estrés y consideramos que no era oportuno entregarle la encuesta.

En cuanto a la realización de la encuesta, aunque el indicador previsto se ha conseguido, creemos que el motivo de que no sea más alto es por las siguientes razones: 1. Muchos de nuestros pacientes son personas dependientes que necesitan de un cuidador principal y nuestra atención es puntual (no estamos ubicados en la unidad de ingreso) con lo que si no se consigue contactar con el cuidador es difícil su recepción porque son ellos los que la cumplimentan, aunque se la entreguemos al paciente. 2. El tiempo para realizar la encuesta quizá sea corto ya que se la entregamos próxima al alta. Para solucionar este problema quizás facilitaríamos la recepción, entregarles un sobre con franqueo pagado para que nos la envíen o darles la posibilidad de entregarla en la primera revisión en la consulta tras el implante. Otra posibilidad sería entregarles la encuesta el día de la intervención cuando les explicamos y les damos el díptico.

Para evaluar mejor estas reflexiones, nos hubiera sido útil incluir en la hoja de la encuesta datos como edad, sexo y si dispone de cuidador principal y quién es.

Se concluye que no es necesario modificar el contenido de los dípticos ya que la satisfacción ha sido del 100%. Se prevé que cuando surjan nuevas evidencias en cuanto a recomendaciones (avances tecnológicos, interferencias y cuidados), se procederá a una revisión de los dípticos y su modificación correspondiente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0899

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

Como actividad pendiente queda valorar el díptico del monitor cardiaco insertable ya que en durante este periodo no se ha realizado ningún implante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/899 ===== ***

Nº de registro: 0899

Título
INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

Autores:
VILLAMON NEVOT MARIA JOSE, OREA CASTELLANO ENRIQUE, CONEJOS JERICO LAURA, MARTIN HERNANDEZ CLARA, MENDEZ MUNOZ ISABEL, RICO ZAPARA MELANI, LAFUENTE OBENSA ANA BELEN, GATO LEON MANUEL JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteración conducción cardiaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación sanitaria y satisfacción del usuario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al paciente y la familia sobre los cuidados tras el implante y la adquisición de conocimientos es un punto clave para integrar los cambios a su vida diaria y fomentar el autocuidado. En los últimos años, han sucedido diferentes mejoras en los dispositivos, por lo que las recomendaciones actuales deberían incorporar estas mejoras. En este sentido, vemos la necesidad de actualizar estas recomendaciones y presentarlas al paciente y la familia en un formato que les resulte más atractivo visualmente y con un lenguaje adaptado a los pacientes ya que la mayoría son personas de edad avanzada con estudios primarios y que no tienen acceso a las nuevas tecnologías. A los pacientes que se les inserta un monitor cardiaco se les presta una educación sanitaria verbal pero no se les entrega ningún documento con recomendaciones en formato papel. Vemos la necesidad de elaborar un documento que subsane esta carencia
Las intervenciones a realizar según la taxonomía enfermera NIC son: Educación para la salud, Mejorar el acceso a la información sanitaria, Facilitar el aprendizaje, Enseñanza: proceso de enfermedad, Enseñanza: individual, Enseñanza: prequirúrgica

RESULTADOS ESPERADOS
1) Facilitar y fomentar la adquisición de conocimientos a los pacientes portadores de marcapasos y monitor cardiaco insertable.2) Prevenir complicaciones postimplante.3) Evaluar la adecuación, la calidad de la información recibida y la satisfacción por parte del usuario.
POBLACIÓN DIANA: Pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo, a los que se les realiza un recambio de generador y a los que se les implanta un monitor cardiaco

MÉTODO
1.Realización de 3 dípticos que contengan las recomendaciones a: a) Pacientes a los que se les ha realizado primoimplante, b) Pacientes tras recambio de generador, c) Pacientes tras implante de monitor cardiaco.
2. Elaboración de una encuesta para los pacientes para valorar si la información del díptico es comprensible, fácil de leer y la satisfacción con la educación recibida. El fin es evaluar la realización de algún cambio en los documentos. Esta encuesta será depositada de manera anónima en unos buzones que se encontraran en el control de la planta.
3.Creación de indicadores
4. Implementación: la educación se realizará en la habitación del paciente en dos periodos: a) Día de la intervención: Por la mañana (el procedimiento se realiza por la tarde) se procederá a la explicación de los cuidados prequirúrgicos y daremos el díptico resaltando los cuidados durante las primeras 24 horas tras el implante. B) Día posterior a la intervención: Se reforzarán los contenidos del díptico, se resolverán

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0899

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

posibles dudas y se entregará la encuesta para que sea depositada en el buzón antes de irse del hospital. En el caso de los pacientes con monitor cardiaco insertables como su estancia hospitalaria es menor a 24 horas, la educación sanitaria se realizará antes de la intervención quirúrgica

5. Revisión de las encuestas, implementación de las posibles mejoras si es necesario. Se prevé que sean necesarias 4 reuniones. 3 hasta la implementación de los documentos y creación de los indicadores y una última, para la evaluación del proyecto

INDICADORES

Indicadores Proceso: Educación sanitaria en pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo, educación sanitaria en pacientes con recambio de marcapasos definitivo, educación sanitaria en pacientes con implante de monitor cardiaco insertable. Fuente de datos: Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta. Estándar: 100%

Indicadores Resultado: Realización de encuesta, Satisfacción con la información recibida, Satisfacción con la documentación recibida. Fuente de datos: Encuestas depositadas en el buzón. Estándar: 70-80%

DURACIÓN

Marzo: Revisión documentación. Abril: Realización dípticos, encuesta y creación de indicadores. Mayo-noviembre: Implementación. Octubre: Evaluación encuestas y proyecto. Noviembre: Realización de mejoras si es necesario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSET GARCIA MONICA
FERNANDEZ PERA DIEGO
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN
MORENO OLIVIERI ALBERTO
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
IRANZO GARCIA CONCEPCION
DEL VAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto en marcha la consulta de pie diabético llevada a cabo por una enfermera perfectamente formada. A dicha consulta llegan los pacientes derivados desde Atención Primaria (mediante comunicación directa con la enfermera responsable o a través del Servicio de citaciones del hospital), o desde el propio hospital (tanto pacientes con pie diabético en riesgo como aquellos que precisan curas más detalladas o valoración por el especialista).
La enfermera valora dichos pacientes y si lo considera necesario solicita la valoración conjunta por un cirujano general, que será quien solicitará las pruebas pertinentes o indicará el tratamiento a seguir. Así, desde esta consulta, si es preciso, se pedirá la valoración por el cirujano vascular o el traslado a dicho servicio si fuera el caso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha instaurado una consulta con agenda propia de pie diabético.
Se ha elaborado un registro del paciente valorado en dicha consulta (se han valorado 29 pacientes de los cuales muchos han sido revisados semanalmente en dicha consulta)
Se ha elaborado un registro de los pacientes con pie diabético que han requerido ingreso hospitalario (14 pacientes con pie diabético complicado han requerido ingreso)
Se ha elaborado un registro de los pacientes que han precisado un traslado o derivación a Cirugía Vascular (9 pacientes)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido posible la puesta en marcha de una consulta de pie diabético llevada a cabo por una enfermera especializada con el apoyo de un cirujano general. Además se ha conseguido un circuito de derivación de los pacientes de primaria a especializada mucho más rápido y eficaz, así como una derivación a Cirugía Vascular, si es necesario, también más rápida, lo que va en beneficio directo de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Queda seguir trabajando para dar la mejor atención al paciente con pie diabético (colaboración con otros servicios como traumatología, rehabilitación, podología...)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1732 ===== ***

Nº de registro: 1732

Título
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Autores:
UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, OSET GARCIA MONICA, FERNANDEZ PERA DIEGO, RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN, MORENO OLIVIERI ALBERTO, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, IRANZO GARCIA CONCEPCION, DEL VAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Pie diabético complicado con ulceraciones
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de trabajo centrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

MÉTODO

Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacientes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

INDICADORES

- 1.- nº pacientes con pie diabético complicado
- 2.- nº de pacientes derivados para revascularización
- 3.- nº pacientes con amputación mayor o menor

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Registro y control de pacientes atendidos por el servicio
- 2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
- 3.- Registrar (incluso fotográficamente) la evolución del paciente

DURACIÓN

- 1.- Formación específica por un miembro: noviembre 2017
- 2.- Elaborar protocolo de actuación: noviembre-diciembre 2017
- 3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA

Fecha de entrada: 25/02/2020

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN GARCIA CARMEN
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO
OSET GARCIA MONICA
ALEGRE SORIANO SARA
ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Adecuación de la profilaxis antibiótica. Actividad realizada en conjunto con la iniciativa PROA. Los documentos se encuentran pendientes de aprobación por las Comisiones correspondientes para su futura publicación.
- Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona. Uso casi generalizado de Clorhexidina, tanto alcohólica como acuosa. Por el momento, los dispositivos monouso y desechables no se encuentran disponibles en el Centro.
- Realización de un correcto rasurado. Realización de los gráficos ilustrativos con rasurada eléctrica con cabezal desechable de un solo uso.
- Mantenimiento de la normotermia. Utilización sistemática de sistemas de calor externo (mantas térmicas de convención).
- Mantenimiento de la normoglucemia. Comprobación de cifras de glucemia perioperatorias en aquellos pacientes que lo precisen. Esta actividad se lleva a cabo en el momento de ingreso, antes de traslado a quirófano, durante la intervención y en URPA.
- Implementación de listas de verificación. Incorporación progresiva de las listas de verificación en Planta de Hospitalización (Check-list con los ítems preoperatorios) y los check-list intraoperatorios. Este último se encuentra informatizado con acceso mediante clave en el sistema HP-Doctor, de manera que queda ligado al historial del paciente.
- Realización de sesiones formativas sobre la informatización de las listas de verificación. Reuniones con el Departamento de Informática para establecer los ítems reflejados en la lista de verificación, facilitar en la medida de lo posible el uso de esta herramienta y sesiones formativas para el personal implicado en el momento de cumplimentación de los documentos de check-list.
- Realizar la difusión necesaria al diferente personal implicado. Organización de reuniones entre los componentes del grupo de Calidad para organizar y realizar charlas informativas. Se han realizado varias sesiones clínicas con Enfermería de Planta de Hospitalización, Enfermería del Bloque quirúrgico y el Servicio de Cirugía sobre las medidas de prevención de ISQ. Las sesiones estaban abiertas a participación por otros profesionales interesados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la incorporación de una de las listas de verificación al sistema informático, lo que facilita el acceso a los datos registrados, quedando ligado al historial del paciente.

Alto interés y participación del personal implicado en las sesiones:

- Sesión aplicación informática check-list: realizada para personal de Bloque Quirúrgico, en dos sesiones en días diferentes para facilitar la asistencia, con participación del 90% del personal en Enfermería Quirúrgica.
- Sesiones Clínicas con Enfermería: dos sesiones por personal (Planta y Bloque quirúrgico), en horarios de M y T, con participación del 80% y 90% del personal, respectivamente.
- Sesión Clínica en Servicio de Cirugía: realización de una sesión en el Servicio para la presentación de los nuevos protocolos de Profilaxis AB, con una asistencia del 85%.
- Sesión Clínica en Servicio de Cirugía: realización de una sesión, y pendiente de realizar una segunda, para reincidir sobre las medidas de prevención de la ISQ, con una asistencia del 90%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de los avances obtenidos a lo largo de este año, consideramos necesario prolongar el seguimiento de este Proyecto de Calidad. El personal se implica de manera progresiva y se aprecian cambios en las "costumbres antiguas", como podría ser la antisepsia cutánea con Povidona Yodada, que poco a poco va quedando relegada. Es nuestra intención seguir cumpliendo objetivos, colaborar en la formación de personal de reciente llegada al Centro, siempre en beneficio del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/563 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA

Nº de registro: 0563

Título
IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Autores:
GONZALEZ PEREZ MARTA, GUILLEN GARCIA CARMEN, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, OSET GARCIA MONICA, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, ALEGRE SORIANO SARA, OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL, ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Patología digestiva
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Comunes de varias especialidades

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ISQ es una complicación frecuente y recurrente que limita los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.
A nivel nacional, el estudio EPINE de 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial, siendo las ISQ las más frecuentes con un 25,66% del total.
En nuestro centro, la incidencia acumulada en el año 2017 de ISQ asociada a cirugía programada por cáncer colorrectal fue del 19,32 y del 0% para la colecistectomía.
Su aparición se relaciona con mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas y mayor probabilidad de reingreso sin olvidar un aumento de los costes sanitarios debido a las pruebas complementarias y el uso adicional de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es establecer los pasos y medidas que consideramos necesarios para disminuir la incidencia de ISQ en los pacientes candidatos a estos procedimientos, por parte del Servicio de Cirugía General, mediante la instrucción del personal relacionado con el proceso, la creación de protocolos y listados de verificación(check-list) y la dotación de los recursos materiales necesarios. Los procedimientos que se incluyen en este proyecto son las cirugías programadas de cáncer colorrectal y colecistectomía.

MÉTODO

Las actividades dirigidas hacia la consecución de los objetivos son las siguientes:

- Puesta al día sobre las estrategias para la prevención de ISQ.
- Establecer las medidas preventivas sobre las que actuar:
 - o Adecuación de la profilaxis antibiótica.
 - o Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona.
 - o Realización de un correcto rasurado.
 - o Mantenimiento de la normotermia.
 - o Mantenimiento de la normoglucemia.
- Elaborar un protocolo asistencial para cada una de las medidas.
- Elaborar los diferentes check-list adaptados.
- Realizar la formación y difusión necesaria al diferente personal implicado.
- Revisar la dotación de material necesaria.
- Iniciar la aplicación de las medidas en casos reales.

INDICADORES

- Número total de protocolos realizados o adecuados.
- Medición del grado de adherencia a los protocolos (protocolos registrados/total de intervenciones).
- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).
- Encuesta de satisfacción, del personal implicado, sobre los resultados obtenidos.

DURACIÓN

El tiempo para la realización de este proyecto es de un año para la realización y comienzo de implantación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA

las medidas.

La adecuación de los protocolos se llevará a cabo durante el primer cuatrimestre, comenzando con su aplicación a partir de Septiembre-Octubre de 2018. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.

Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo, tras la adecuación de los protocolos y previa a su implantación, siendo los destinatarios el personal implicado en cada uno de los estamentos.

Éstas irán dirigidas según el punto en el que actúe el personal destinatario, es decir, sesiones independientes para enfermería de planta, enfermería de quirófano, Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, quedando registrada la asistencia a las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0920

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA Y DIGESTIVO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CONCEPCION IRANZO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ MORENO MARIA ROSA
PEREZ HERRERA ANA ISABEL
RODRIGUEZ VICENTE JAVIER
ROS MINGUILLON RAQUEL
BARRERA MUÑOZ MARIA BELEN
CERCOS CASINO MARIA DEL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 5 reuniones con los integrantes del grupo para revisar y establecer líneas de trabajo, (tormenta de ideas) una vez consensuadas todas las propuestas presentadas por los miembros del grupo para mejorar la calidad en la atención y cuidados de enfermería, disminuir la carga de trabajo en el turno de la mañana y mejorar el grado de satisfacción, se decidió trabajar sobre los siguientes puntos:

1. Preparación de las historias de los pacientes que van a ingresar para intervención programada se realizará en el turno de noche puesto que es una tarea que no hay que interrumpir el sueño de los pacientes y supone una descarga de trabajo para el turno de mañana.
2. Cambio de horario en la administración de la ventiloterapia salvo prescripción médica, quedando establecido a las 7, 12,18 y 23 h con el fin de respetar el sueño de los pacientes.
3. Se estudia la posibilidad de cambiar el horario de la antibioterapia pero se decide continuar igual no se ve viable.
4. En cuanto a la toma de constantes vitales se propone que se realicen en el turno de noche con el mismo fin de descongestionar el trabajo en el turno de mañana .
5. A si mismo se establece la revisión de vías periféricas por turno.
6. Se realiza una sesión informativa para el resto del personal para dar a conocer el proyecto y se acuerda ponerlo en práctica durante dos meses, y una vez finalizado éste período se realiza una encuesta al personal para comprobar el grado de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS.

Una vez pasadas las encuestas de satisfacción a los enfermeros/as de la planta de cirugía obtenemos los siguientes resultados:

En cuanto a la preparación de las historias clínicas en el turno de noche, hemos comprobado que sí que supone una descarga de trabajo en el turno de mañanas

Es factible, para respetar el descanso del paciente, el nuevo horario de administración de la ventiloterapia.

A si mismo también observamos que revisar el estado y funcionamiento de las vías periféricas y centrales en cada turno, mejoran la calidad tanto para el paciente como para los profesionales, al tener la vía permeable facilita la administración de los tratamientos endovenosos.

En cuanto al cambio del horario de la toma de constantes en el turno de noche se ha observado que no es viable porque supone una interrupción del descanso para los pacientes ya que a esas horas están dormidos como queda reflejado en las encuestas realizadas. En base a este dato obtenido se decide dejar la toma de constantes como se venía realizando hasta ahora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la puesta en marcha en el período establecido, se ha conseguido reducir la carga de trabajo por la mañana y mejorar la calidad de atención al paciente, alcanzando así los objetivos iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/920 ===== ***

Nº de registro: 0920

Título
MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA Y DIGESTIVO

Autores:
IRANZO GARCIA CONCEPCION, ALVAREZ MORENO MARIA ROSA, PEREZ HERRERA ANA ISABEL, RODRIGUEZ VICENTE JAVIER, ROS MINGUILLON RAQUEL, LOPEZ ARNAS LAURA, BARRERA MUÑOZ MARIA BELEN, CERCOS CASINO MARIA DEL PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0920

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA Y DIGESTIVO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes ingresados en el servicio de cirugía general y digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La situación actual de la planta son tres turnos de enfermería que a lo largo del tiempo se viene observando sobrecarga de trabajo en el turno de mañana y todo ello conlleva a una disminución del tiempo de dedicación a cada paciente, mermando la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad en la atención y cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la unidad de cirugía.
Disminuir la carga de trabajo de las enfermeras/os en el turno de mañana .
Mejorar el grado de satisfacción del personal de enfermería y mejorar las expectativas de los pacientes.

MÉTODO

Mediante el uso de diversas herramientas, se analizará la situación de partida y se expondrán ideas (tormenta de ideas) mediante la agrupación de las mismas, uso de DAFO, análisis de fallos y efectos para elegir los problemas sobre los que actuar en primer lugar.
Realizar reuniones periódicas del grupo de trabajo según cronograma previsto.
Finalmente se incidirá en las necesidades formativas del personal, es importante que todos los profesionales sean conocedores de los cambios organizados, por ello se llevarán a cabo sesiones de enfermería en la unidad.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción del personal implicado sobre los resultados obtenidos.
Conseguir un mínimo de asistencia del personal implicado en el proyecto-80%.
Conocimientos de la nueva dinámica de trabajo por todos los profesionales.
Sesiones de enfermería informativas al menos cada dos meses.
Disminuir el número de quejas en atención al paciente.

DURACIÓN

La duración prevista para la implementación de este proyecto será de un año.
Sesiones formativas al personal implicado antes de la implementación.
A lo largo del segundo semestre se comenzará la implantación del proyecto durante dos meses y después se evalúan resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DIEGO FERNANDEZ PERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA

MORENO MUZAS CELIA

SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE

RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

MURCIANO GARCIA FERNANDO

FUERTES MUÑOZ MARIA

DOMINGO LIZAMA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado: Revisión de bibliografía pertinente por parte de los integrantes del grupo.

Reunión, debate y ajuste de las recomendaciones de la vía clínica RICA y de protocolos del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal, para confección de protocolos adaptados a nuestro centro.

Valoración de algunas de las medidas a implantar en los servicios implicados (Anestesia y Cirugía General).

Redacción del protocolo.

Confección de base de datos para recogida de datos tras la implantación del protocolo y permitir análisis de los indicadores.

Ha habido retrasos en la elaboración e inicio de implantación del protocolo en la práctica clínica por lo que se ha pospuesto la implantación para el presente ejercicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han debatido algunos puntos y se han adaptado a las características de nuestro centro.

Se ha confeccionado el protocolo para nuestro centro. Pendiente de nueva reunión para aprobación del borrador por los miembros del grupo y remisión a responsable de calidad.

Se ha confeccionado una base de datos para la recogida de resultados tras la implantación y cálculo de indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se planifica nueva reunión para aprobación del protocolo, posteriormente inicio de su aplicación con recogida de datos durante 6 meses según estaba previsto, con sesiones informativas al inicio del mismo en los servicios implicados. Tras el periodo de aplicación comparación de los indicadores descritos en el proyecto, con el periodo precedente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1002 ===== ***

Nº de registro: 1002

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLOGICA COLO-RECTAL

Autores:
FERNANDEZ PERA DIEGO, UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, MORENO MUZAS CELIA, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, MURCIANO GARCIA FERNANDO, FUERTES MUÑOZ MARIA, DOMINGO LIZAMA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Neoplasias

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Cáncer de colon

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La aplicación de programas de rehabilitación multimodal en cirugía mayor, buscan optimizar la recuperación postoperatoria. Requieren una colaboración multidisciplinar y consisten en la adopción de medidas para optimización preoperatoria del paciente, perioperatorias y postoperatorias, generales, y específicas por procedimiento, plasmadas en protocolos. Ha demostrado una mejora significativa de la calidad de vida del paciente y de resultados clínicos en cuanto a complicaciones postoperatorias y logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria. En este sentido, se editó en 2015 por el Ministerio de Sanidad y el IACS, la Vía Clínica de Recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA). El presente proyecto nace ante una necesidad de optimización preoperatoria del paciente, ante una población envejecida y con comorbilidades, alteraciones nutricionales, anemia, etc previos a la cirugía y que condicionan la morbilidad postoperatoria y una mayor estancia hospitalaria. En muchos casos no detectadas y subsanadas preoperatoriamente, lo que justifica la necesidad del proyecto. Asimismo, se observa una necesidad de homogeneizar y actualizar el manejo peri y postoperatorio del paciente. Entre otros, basados en las recomendaciones de la VíaRICA: Evaluación del estado nutricional, anemia, menor ayuno preoperatorio, menor uso de SNG y drenajes, alimentación y movilización precoces, fisioterapia respiratoria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana: Pacientes con neoplasia colorrectal sometidos a cirugía mayor electiva: Se trata de una población con alta prevalencia de anemia, desnutrición y comorbilidades, edad avanzada, además de una incidencia de la patología y de morbilidad postoperatoria suficientes para obtener significación clínica y estadística. De entre ellos, criterios de inclusión adaptados de la Vía Clínica

Objetivos:

Implantación de protocolos de prehabilitación y rehabilitación multimodal basados en la Vía RICA

Mayor implicación del paciente en el proceso

Formación del personal implicado en el proceso

Disminución de morbilidad postoperatoria y estancia hospitalaria mediante (entre otros):

- Detección y tratamiento de factores de riesgo operatorio
- Disminución o retirada más precoz de sonda nasogástrica, urinaria y drenajes.
- Reinicio precoz de tolerancia oral y movilización.

Servir de base para proyectos posteriores que apliquen dichos protocolos a otras intervenciones de cirugía mayor abdominal o de otras localizaciones.

MÉTODO

- Reunión de representantes de los servicios implicados con periodicidad mensual o bimensual según la fase.
- Creación de protocolos para las intervenciones de cirugía colorrectal
- Organización de medidas para detección de riesgo de desnutrición, anemia, descompensación de patología de base y tratamiento. Recomendación de ejercicio para el paciente.
- Entrega al paciente de información sobre el procedimiento
- Entrega de inspirómetro incentivado en preoperatorio
- Sesiones informativas para facultativos y personal de enfermería. Posibilidad de jornadas científicas.
- Recogida prospectiva de datos y comparación con el periodo previo
- Valoración de indicadores

INDICADORES

- Estancia media pacientes de neoplasia colorrectal (datos del servicio de codificación de enero 2017 a junio 2018): 11,92 días (Incluye casos urgentes)
- Estancia mínima teórica tras cirugía colorrectal electiva según protocolos del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal: 4 días.
- Índice de aplicación de los principales items del protocolo.
- Variaciones significativas de morbilidad mayor y mortalidad. (Comparación de indicadores entre el periodo de aplicación y periodo equivalente previo.)

DURACIÓN

1. Redacción de los protocolos durante los primeros 2 meses aprox.
2. Presentación del protocolo
3. Jornada formativa para el personal hospitalario
4. Distribución del material necesario (Copias del protocolo, información para el paciente, incentivos respiratorios): Tras la redacción y aprobación del protocolo.
5. Aplicación del protocolo a la población con recogida de datos. Periodo de al menos 6 meses desde redacción y aprobación del protocolo.
6. Tras duración total aproximada de 1 año, valoración de los indicadores y comparación con el periodo previo
7. Presentación de la memoria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL

OBSERVACIONES

Tras su implantación para el proceso elegido en este proyecto se pueden realizar protocolos para otros procesos de cirugía mayor del mismo o diferentes servicios quirúrgicos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ROYO AGUSTIN
· Profesión MIR
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
RILLO LAZARO AGUSTIN
BONILLA MONTERDE GERMAN
CALVO ARIÑO AITOR
NAVARRO MONTERO ESTHER
JIMENEZ GARCIA SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha buscado tanto empresas que gestionen y hagan presupuesto ajustado para la realización de la página web. Finalmente, y habiendo recibido varios presupuestos, optaríamos por la gestión por parte de una empresa en concreto: Esta incluirá:

- DISEÑO WEB

-- Página web de presentación compuesta por:

-- slider cabecera rotativo

-- quienes somos, que hacemos, donde estamos

-- contacto online

-- apartados interactivos

-- blog con noticias visibles por todo el mundo

-- intranet con acceso via login donde poder ver artículos privados, dicha intranet estará gestionada por un login básico el cual necesitara de validación manual por vuestra parte para poder tener acceso.

- Responsive 100%. Tanto la web de presentación como los blogs público y privado sera adaptativos a todos los terminales tanto tablet como smartphome.

- SEO On page. Se entregará la página con el SEO on page realizado para que la indexación en google sea correcta desde el principio. De cara al futuro si se decidiera trabajar el SEO está tarea ya estaría realizada por lo que la labor inicial ya estaría indexada de manera eficiente en google.

- COPYRIGHT. Todo el contenido que se os entregue es desarrollado y diseñado 100% para vosotros o se ha adquirido de bases de datos de pago para su uso.

- VIDEOTUTORIAL. Os facilitaremos un videotutorial personal enseñando cómo se debe utilizar la pagina web. Por si el día de mañana el responsable que va a editar contenido varia o tenéis cualquier duda podéis echarle un vistazo. Se desarrollara de manera que podáis trabajar con ella lo más sencilla posible.

- ALOJAMIENTO. El alojamiento de la web se realiza en un Servidor VPS alojado en España, ofrecemos mantenimiento y monitorización 24/7. Por lo que nosotros tenemos información en cuanto la página web sufre alguna caída para solucionarlo o si hubiera cualquier error con notificarlo da igual el día y la hora que sea siempre hay alguien de guardia para solventarlo.

Se ha buscado financiación para llevar a cabo la puesta en marcha de la pagina web. En colaboración con farmaindustria, y dada la exigencia de transparencia de gestión de recursos, de momento se ha demorado la financiación.

Se ha decidido solicitar asesoramiento en colaboración con dirección hospitalaria y gestión del alud para agilizar los trámites de financiación externa amparados por el marco legal. Además, y tras la reunión con dirección del Hospital y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, se decidio la consulta de novo con el Servicio de Informática para contar con su colaboración y valorar solicitar permiso de obtener alojamiento web dentro del que ya posee el Salud.

Dado que los recursos serían limitados, hemos revisado los temas a exponer y a quién irían dirigidos. Se trataría de un proyecto transversal que facilitaría la comunicación interservicio (en especial Medicina de Atención Primaria y Hospitalaria). Esto es de vital importancia en el paciente frágil. Por ello, en primer lugar, comenzaríamos con información divulgativa de este tipo de pacientes. Se podrían subir entradas informando acerca de : movilización del paciente hospitalario (proyecto de calidad enviado desde este hospital); consejos de rehabilitación precoz; consejos nutricionales; exploración e indicación de pruebas complementarias en patología musculoesquelética... Este tipo de contenidos, se ha decidido publicarse como una estructura fija dentro de la página web.

En el caso de decidir aceptar la publicación de artículos o entradas de mayor sensibilidad médica serán siempre requiriendo un registro o login como se ha explicado anteriormente y con fines educativos. Por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

ejemplo, ante un caso clínico cuya imagen radiológica sea de especial interés. Intentaríamos publicar en torno a dos entradas al mes. Al menos una de contenido fijo con un objetivo de gestión y interrelación con otros proyectos, manejo del paciente etc y otra de contenido variable, de mayor trascendencia a nivel educación sanitaria para el médico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Decisión por una de las empresas de paginas web consultadas.
- Decidir el tipo de plataforma web, qué tipo de contenido y con qué tipo de organización queremos realizarla. Decidir si queremos posicionamiento en redes sociales (de momento se demora).

- Presupuesto por parte de empresa de manejo de paginas web.
- Aprobación dirección del Hospital .
- Acuerdo intracomisión del número de publicaciones a un año vista (explicado anteriormente).
- Aparentemente, se ha avanzado en los pasos a llevar a cabo para conseguir aprobar la financiación.
- Pendientes de reunión con informática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Dificultad para coordinar proyectos de esta entidad.
- Utilidad potencial de las nuevas tecnologías que se ve limitada por la compleja coordinación que exige: personal médico y no médico, personal no sanitario, participación de empresas de capital privado, complejidad legal...
- Pendientes de decidir:
 - Tipo de alojamiento (dependencia del que ya tenga el Salud o no).
 - Obtención de financiación capital privado (probablemente de ajeno a farmaindustria).

7. OBSERVACIONES.

Pese a que los avances prácticos puedan parecer exigüos, y que no se hayan reflejado estándares de calidad clásicos, la logística de poner en marcha un proyecto así es arduo compleja. Esperamos poder resolver los obstáculos expuestos este año para poder empezar a enviar resultados más tangibles en la próxima memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/185 ===== ***

Nº de registro: 0185

Título
PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Autores:
ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, RILLO LAZARO AGUSTIN, BONILLA MONTERDE GERMAN, CALVO ARIÑO AITOR, NAVARRO MONTERO ESTHER, JIMENEZ GARCIA SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La falta de recursos de educación y promoción de la salud en la esfera musculo-esquelética en nuestro medio, lo que condiciona un manejo deficiente por distintos especialistas no traumatólogos o rehabilitadores, y una falta de implicación del paciente en patologías de esta índole.

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivo principal: Aumentar los conocimientos en patología musculo-esquelética al realizar una divulgación científica y educación sanitaria de los especialistas de otras ramas y los pacientes.
- Objetivos secundarios: Mejorar el estado de salud del aparato locomotor a la vez que se optimizan los recursos al implicar directamente a los pacientes y se incentiva la formación de médicos de atención primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

al respecto. Crear una vía de comunicación recíproca entre los distintos niveles de asistencia sanitaria para identificar problemas de interés. Facilitar la implementación de otras estrategias de mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO

1. Creación de una plataforma de divulgación científica que permita la exposición de información en distintos formatos: imagen, presentaciones, video, texto... Mantenimiento y actualización de la misma. A valorar entre las distintas opciones que se han comentado con el Servicio de Informática del Hospital.
2. Selección de temas de interés y creación de mecanismos para asegurarse de que estos sean de utilidad para los destinatarios.
3. Revisión de últimas publicaciones, cursos de expertos, bibliografía especializada etc, para identificar puntos de estudio vanguardistas y exponerlos de la manera más válida a nivel científico.
4. Reuniones organizativas para el reparto de tareas y elección de temas.
5. Implicación de colaboradores no autores del proyecto.
6. Promoción de la salud según se contempla en los criterios de Lalonde.
7. Optimización de los recursos al mejorar la aplicación de los circuitos diagnóstico-terapéuticos.
8. Incentivar la participación activa de los implicados, tanto colaboradores como destinatarios, creando una dinámica de retroactividad en cuanto a los temas a tratar, la manera de hacerlo, problemas derivados de la falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales..
9. Abordar los distintos ítems seleccionados de una manera clara, concisa, asequible, sencilla y atractiva para aumentar el interés por parte de los médicos no especializados en patología musculoesquelética y pacientes. Utilización de recursos web (videos, imágenes...) para lograrlo.
10. Estudiar la mejor vía de comunicación con los médicos de atención primaria para realizar un feed-back en el intercambio de información (foro abierto, comentario de blog, correo electrónico..).
11. Coordinación con otros proyectos de mejora que se pueden beneficiar de un entorno web para aplicar algunos aspectos que necesitan de plataformas de divulgación entre otros médicos y/o pacientes

INDICADORES

- Número absoluto de visitas (tanto de pacientes como de médicos).
- Número de comunicaciones a través de la plataforma.
- Número de colaboraciones de expertos no autores directos del proyecto.
- % de disminución de derivaciones erróneas (mal indicación de pruebas por ejemplo) respecto a cifras previas a la implantación del proyecto.
- Valoración de la adecuación de los contenidos y su formato.
- Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

DURACIÓN

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:

- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
- Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
- Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
- Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.

A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
ALAMAN MAICAS ESMERALDA
HERNANDEZ LOPEZ ALICIA
ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION
RUEDA GONZALEZ EVA
PECES GONZALEZ NATALIA
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.
- Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad.
- Es por todo lo anterior por lo que nos surgió la necesidad de profundizar y trabajar sobre la movilización ergonómica del paciente intervenido de fractura de cadera como mejora de las instrucciones básicas para el personal sanitario. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1.- Constitución de un grupo de trabajo
2.- Realización de dos ediciones del curso teórico-práctico: Movilización ergonómica del paciente intervenido de fractura de cadera, mejora de las instrucciones básicas para el personal sanitario.

1.- Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar.

El día 13-Marzo-2019, se celebró de 8-9:30am en el despacho de Médicos de Traumatología, una reunión de todos los componentes del proyecto de mejora. En dicha reunión se comentó la necesidad de unificar criterios sobre el manejo de los pacientes intervenidos de fractura de cadera; con el fin de evitar las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes, vías periféricas... y evitar trastornos músculo-esqueléticos en el entorno laboral del personal profesional.

Se puso en común las movilizaciones que se realizan en la planta de Traumatología, realizando diferentes comentarios por parte de Rehabilitación y Auxiliares de enfermería para unificar y estudiar las diferencias. En dicha reunión se decidió realizar dos cursos de formación teórico-práctico sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Dicho curso sería dirigido fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes. En dichos cursos, se diferenció la parte teórica (se impartiría en horario de tarde en la aula de la 4ª planta) de la parte práctica (los alumnos podrán asistir un turno de 8 horas, acompañados por una de las dos compañeras auxiliares que forman parte del proyecto de mejora).

2.-Realización de dos ediciones del curso teórico-práctico acreditado por la comisión de formación continuada: descripción de la metodología, programación, sesiones prácticas...

EDICIONES DEL CURSO: Se celebraron dos cursos los días: 30/09/19 en horario de mañana de 9-14h y el día 07/10/19 en horario de tarde de 16-21h
Tras la finalización de los mismos y dada la gran demanda registrada, desde secretaría de docencia nos proponen realizar otra edición, la cual está planificada para el día 11/03/2020.

Por otro lado, los docentes de Formación Profesional (FP) del I.E.S Vega del Turia, se pusieron en contacto con la organización del curso para solicitar ser impartido al alumnado del ciclo Cuidados Auxiliares de Enfermería (SAN201). Estamos pendientes de que se envíe la solicitud por parte del jefe de estudios del instituto, a la secretaría de docencia del Hospital Obispo Polanco.

ACREDITACIÓN DEL CURSO POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE ARAGÓN: Se realiza una solicitud a la comisión de formación continuada, para conseguir acreditación docente del curso.

METODOLOGÍA: Con el fin de transmitir un abordaje multidisciplinar sobre la movilización ergonómica de pacientes, se realizaron cuatro ponencias por los 4 profesionales sanitarios que intervienen en todo el proceso de la fractura de cadera:

Ponencia 1: Impartida por una Traumatóloga: se realizó una explicación sobre tipos de fracturas y técnicas quirúrgicas existentes en la actualidad. Se detalló la posición del paciente intraoperatoriamente para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

entender, los posibles hematomas o dolores postquirúrgicos que pueden presentar estos pacientes en la planta de hospitalización. Además se realizó un organigrama de la evolución cronológica desde el ingreso del paciente hasta el alta a domicilio o residencia. En dicho organigrama se detallaron, por días, las consideraciones médicas, las de enfermería, de rehabilitación y las de auxiliares que se van aconteciendo a lo largo del ingreso. (Se adjunta tríptico: no puedo subirlo a la plataforma)

Ponencia 2: Impartida por una médico Rehabilitadora: expuso la evaluación de los pacientes intervenidos como médicos de la medicina física, realizando una explicación teórica de las medidas posturales y de la reeducación de transferencias, de la marcha y escaleras.

Ponencia 3: impartida por una enfermera de la Planta de Traumatología: se expuso una explicación clara y detallada de todos los procedimientos de enfermería que se van a necesitar en un ingreso por fractura de cadera. Tanto el equipo de enfermería como el de auxiliares son los que más tiempo comparten con dichos pacientes y familiares y son los que mejor conocen las necesidades diarias de los mismos.

Ponencia 4: Impartida por una auxiliar de la Planta de Traumatología: realizó una explicación de su actividad laboral durante el ingreso, haciendo especial hincapié de todas las maniobras y sistemas de ayuda que precisan durante la movilización; así como la colocación del profesional y del paciente para evitar daños musculoesqueléticos para ambos.

PROGRAMACIÓN PRÁCTICA: Los alumnos interesados asistieron durante un turno de 8 horas a la planta de hospitalización de Traumatología. Durante dicho periodo se encontraban acompañados por auxiliares y celadores para poder realizar y aprender las movilizaciones de los pacientes intervenidos.

También se ofreció la posibilidad de asistir de observador a una intervención quirúrgica de este tipo, para observar la parte intraoperatoria y poder entender la importancia de una correcta movilización ergonómica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se realizó un estudio descriptivo comparativo previa realización de los cursos (GRUPO 1) y posteriormente a la realización de los mismos (GRUPO 2), para monitorizar si tras la información impartida disminuían el número de complicaciones. (Gráfica 1, ANEXO 3: no puedo subirla a la plataforma)

En dicho estudio se recogieron las siguientes variables:

-Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta de los pacientes durante el periodo de hospitalización: Pérdida de vacío del redón, extravasación de vías periféricas, extravasación de sonda urinaria, pérdida de esterilidad de herida quirúrgica, movilización de material de osteosíntesis y lesiones cutáneas en zonas diferentes de la zona quirúrgica.

- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.

- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de la valoración funcional de un paciente y su monitorización).

No se observó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en parámetros de complicaciones, reintervenciones y empeoramiento de la escala de Barthel.

2.- Se realizó una encuesta de satisfacción tras la realización de los dos cursos, realizando una puntuación a los docentes vía email: Un 98 % de los asistentes consideraron el curso como satisfactorio. (Gráfica 2, ANEXO 3: no puedo subirla a la plataforma)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La impresión general del proyecto de mejora ha resultado satisfactoria, tanto para el profesional que ha formado parte del equipo como para el resto de profesionales que les ha permitido formarse en un tema poco divulgado.

Además hemos encontrado, al poner en común ciertas acciones llevadas a cabo por diferentes profesionales del colectivo sanitario, que desconocíamos el modo de realización de muchas movilizaciones que resultan de mayor facilidad y menor esfuerzo para realizarlas.

La recomendación final del proyecto, es sugerir al grupo organizador seguir realizando anualmente una reunión de puesta en común y un curso teórico-práctico para conseguir mantener la formación continuada al resto de profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

El único recurso necesario fue disponer de un aula para impartir los cursos y una plataforma de divulgación (portal del empleado - cursos vigentes) para dar publicidad de los horarios de los cursos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/309 ===== ***

Nº de registro: 0309

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Título
MOVILIZACION ERGONOMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Autores:
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CASTRO SAURAS ANGEL, ALAMAN MAICAS ESMERALDA, HERNANDEZ LOPEZ ALICIA, RUEDA RUEDA EVA, CONCEPCION ESTEBAN SILVESTRE, ROYO AGUSTIN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La alarma generada tras el cambio del personal sanitario durante los meses estivales, propició por parte del personal de enfermería, celadores y auxiliares de la planta de Traumatología, la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a los pacientes intervenidos de fractura de cadera.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes, vías periféricas...
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar un segunda intervención quirúrgica.
- La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.
- Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- OBJETIVO PRINCIPAL:
-Disminuir la variabilidad clínica, con el fin de unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.
- OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

MÉTODO

- MÉTODO:
-Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar.
- ACTIVIDADES:
- Se realizará una reunión informativa a finales del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes. Se realizará un registro de los docentes y asistentes para conseguir acreditación CFO (créditos de formación continuada) a través de la comisión de docencia del hospital. Para conseguir un standard cercano al 100%.
-Supervisión de "como" se debe realizar la movilización de los pacientes intervenidos. Los primeros tres días, se tutelará al personal nuevo para aplicar la parte práctica de las clases teóricas.
Los responsables de la impartición de estas clases teórico-PRÁCTICAS serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería y personal de auxiliares de la planta de traumatología y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

- Se realizará una reunión informativa a finales del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
- Se realizará un registro del número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta (p.e: pérdida de vacío del redón, extravasación de vías periféricas, extravasación de sonda urinaria, pérdida de esterilidad de herida quirúrgica...)
- Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas por este motivo. (Valor objetivo a alcanzar <10 complicaciones en un año).
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos.
La primera clase se impartirá en el mes de Junio de 2019 con el fin de poder formar a todo personal que pueda trabajar en la planta de Traumatología durante los meses de verano.
Las siguientes clases se podrán repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.
El grupo de mejora propone conjuntamente realizar una memoria de seguimiento desde "Dic19/Ene20" y una memoria final desde "Dic20/Ene21".

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0841

1. TÍTULO

PROCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ESPALLARGAS DOÑATE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES

ROYO AGUSTIN MARIA

RANERA GARCIA MIGUEL

VIAL ESCOLANO RAQUEL

ALDABAS SORIANO SILVIA

RILLO LAZARO AGUSTIN

URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se decidió por cuestión de tiempos (se organizaron mal los tiempos y no ha dado tiempo a finalizar el proyecto) posponer la realización del proyecto al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de valoración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendientes de realizar una vez desarrollado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/841 ===== ***

Nº de registro: 0841

Título

PROCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Autores:

ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, ROYO AGUSTIN MARIA, RANERA GARCIA MIGUEL, VIAL ESCOLANO RAQUEL, ALDABAS SORIANO SILVIA, RILLO LAZARO AGUSTIN, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fractura de cadera en el anciano es una patología muy frecuente en nuestro medio debido al envejecimiento de la población. Para el paciente tiene un gran impacto desde el punto de vista de morbimortalidad y para la sociedad supone un gran coste sanitario. Una vez producida la fractura es labor del equipo multidisciplinar que trata este tipo de proceso, asegurar un adecuado tratamiento de la osteoporosis para evitar una segunda fractura en estos pacientes.

Tras revisar el número de pacientes intervenidos de fractura de cadera en nuestro hospital durante el año 2017, un 56,56% es dado de alta con tratamiento con vitamina D, un 40,40% tratamiento con calcio y sólo un 19,19% lleva tratamiento osteoprotector (osteofórmador o antirresortivo).

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de pacientes que son dados de alta con tratamiento osteoprotector una vez tratados quirúrgicamente de una fractura de cadera en nuestra Unidad de OrtoGeriatría, realizando así una prevención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0841

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

secundaria de fracturas osteoporóticas.

MÉTODO

En base a los niveles de vitamina D y calcio y a la edad y situación funcional del paciente se realizará un protocolo de tratamiento para la osteoporosis incluyendo fármacos osteoprotectores y suplementos de calcio y vitamina D para conseguir nuestro objetivo. Simultáneamente al alta se dará un anexo donde se incluya el tratamiento que se va a pautar a cada paciente para la osteoporosis; en este anexo se incluirán todos los posibles tratamientos que se puedan pautar, para facilitar su indicación a los facultativos e incrementar la indicación de éste. Además este anexo, servirá como medio de comunicación con el médico de atención primaria que deberá continuar con dicho tratamiento durante el tiempo que se considere adecuado.

INDICADORES

Los indicadores principales serán el porcentaje de pacientes con fractura de cadera que al alta llevan tratamiento con Vitamina D y/o calcio y/u osteoprotector (osteofórmador o antirresortivo). Se buscará alcanzar la media existente a nivel nacional en cuanto al porcentaje de pacientes tratados al alta con vitamina D y/o calcio y/o osteoprotector, el cual se encuentra en 70,6%, 49,6% y 36,7%, respectivamente. (Datos del informe anual 2017 del Registro Nacional de Fractura de Cadera)

DURACIÓN

Se realizará en los 3 primeros meses por parte de miembros de la Unidad de Geriátrica y Traumatología el protocolo de tratamiento para la osteoporosis, así como el formato del anexo que se entregará al paciente con el tratamiento pautado para cada caso. A partir del 3º mes se instaurará dicho protocolo con las hojas anexas junto al alta hospitalaria. A los 6 meses del inicio del protocolo se valorará la intervención mediante una recogida de datos con el porcentaje de pacientes que al alta han recibido tratamiento para la osteoporosis en sus diferentes modalidades, para conocer si se ha alcanzado el objetivo o no y los posibles puntos de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE INES ARIÑO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOÑATE BORAO BELEN
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA
BELLES ARANDA MIRIAM
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
CUERVO MENENDEZ CONCEPCION
GARZA TRASOBARES EMILIO
THOMSON LLISTERRI CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar la calidad en la endoscopia, es indispensable revisar la adecuación de las indicaciones, disminuir los riesgos inherentes de este tipo de exploraciones, aumentar la detección de lesiones relevantes, reduciendo así la incidencia del cáncer de colon.

Desde junio hasta octubre de 2018

Tomando como referencia los criterios de calidad en la Endoscopia Digestiva de las principales sociedades científicas (SEPD, SEED y ESGE), nos propusimos conocer nuestro grado de cumplimiento de determinados indicadores de calidad comparándolos a sus valores ideales.

Para ello, lo primero fue dar a conocer este Proyecto de Mejora de la Calidad en la Unidad a través de sesiones clínicas (19/6/18 y 1/10/18) con la participación de médicos, enfermeras y TCAEs y consensuar, entre todos, las modificaciones a llevar a cabo, en el caso de que se consideraran necesarias, con el objetivo de adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las más recientes recomendaciones.

- Fueron revisados algunos aspectos de la práctica diaria con el fin de valorar realizar algunas modificaciones en cuanto a:
 - o Procedimiento de admisión del paciente a Endoscopias
 - o Hoja de valoración de enfermería y folletos de información que se entregan al paciente tanto después de una endoscopia como en el caso específico de una polipectomía endoscópica
 - o Tipos y modos de utilización de las diferentes preparaciones previas a una colonoscopia, según horarios de las mismas y patología de base del paciente
- Además, tras presentar la documentación actualizada, se insistió en procurar la homogeneidad en relación a:
 - o Descripción de la morfología de los pólipos a través de la Clasificación de Paris
 - o Descripción de la calidad de la limpieza del colon con la Clasificación de Boston
- También se presentaron trabajos basados en la evidencia científica en relación al uso de medicación antitrombótica y anticoagulante en la Endoscopia Digestiva

Todos los documentos revisados y actualizados a través de este proceso de sesiones han sido incluidos en la Intranet del Hospital Obispo Polanco.

Para mejorar la formación en cuanto a seguridad en la sedación de los pacientes, todos los componentes de la Unidad asistieron a un Taller de RCP. Anteriormente los médicos de la Unidad y 2 de las enfermeras asistimos al Curso Completo de Capacitación individual en Sedación profunda para endoscopistas acreditada por la Sociedad Española de Endoscopias Digestivas (SEED).

Finalmente se seleccionaron los indicadores de calidad y su monitorización, insistiendo en la necesidad de que quedaran recogidos en el informe realizado tras cada endoscopia. Además se diseñó, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX), un sistema de recogida de datos para poder monitorizar dichos indicadores. Se elaboró un CHECK LIST que facilite la recogida de dichos indicadores de calidad y el informe, presente de forma visible en las dos salas de endoscopias. Se inició la preparación de un Procedimiento de desinfección del material, pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva.

A partir de Octubre 2018

Se consideró un periodo prudencial de aprendizaje el comprendido entre junio y octubre, para empezar a implementar todas las medias comentadas.

Diciembre 2018

Se realizó la auditoría inicial para asegurar implementación de medidas evaluando 50 endoscopias consecutivas, con las siguientes conclusiones, ya expuestas en memoria previa:

- Se consiguió revisar y difundir los documentos de la Unidad de Endoscopias una vez adaptados a las últimas recomendaciones.
- Se diseñó un sistema de recogida de datos que facilita monitorizar los indicadores seleccionados, dentro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX).

- Se objetivó el cumplimiento de la mayoría de indicadores de calidad, excepto, colonoscopia completa (resultado 87,5% y objetivo > 90%), posiblemente limitado por el número reducido de colonoscopias analizadas.
- No se recogieron adecuadamente los indicadores: motivo de solicitud, indicación adecuada; registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Esto se ha debido a algunos errores de registro que se están corrigiendo en la actualidad a través de la empresa responsable del programa, procurando la vinculación de dichos registros al informe de endoscopias.

Auditorías 2019

Siguiendo lo previsto en el planning inicial del proyecto, durante el año 2019 se realizan las auditorías semestrales previstas. La auditoría prevista para enero 2020 se adelanta a diciembre 2019 para poderla incluir en esta memoria.

Los datos obtenidos en las auditorías se plasman en forma de tabla para poder observar mejor la evolución en el tiempo de los distintos aspectos recogidos.

Los resultados obtenidos en las distintas auditorías se han comunicado a los componentes del servicio de endoscopias digestivas, haciendo hincapié de los aspectos a mejorar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A continuación se recuerdan los objetivos fijados en cada uno de los ítems y se hace un pequeño comentario de cada uno de ellos. Aquí se expone un listado con los datos comparativos en las distintas auditorías (indicados como 1ª, 2ª, 3ª, 4ª). La primera se hizo a 50 colonoscopias y las 3 últimas se han realizado a 100 colonoscopias consecutivas realizadas en los siguientes periodos:

- 1ª. 2018
- 2ª. Del 4/1/2019 al 01/02/2019
- 3ª. Del 5/6/2019 al 24/06/2019
- 4ª. Del 27/11/2019 al 30/12/2019

Resultados:

- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%. Alcanzado 100%.
 - o Aspecto no recogido en el informe endoscópico pero sí en programa ENDOX, y en la Hoja de valoración de Enfermería. Nunca se hace una endoscopia sin firma previa de Consentimientos Informados.
 - o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, observando un 100% en cada auditoría
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia.
 - o Cuando es preciso realizar endoscopias de alto riesgo de sangrado, se adapta la medicación antitrombótica o anticoagulante, dando instrucciones por escrito al paciente.
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia.
 - o El informe incluye los criterios de calidad más relevantes, como son Colonoscopia completa (región alcanzada) y Preparación del colon y tiempo de duración y retirada.
- La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia.
 - o Se está preparando el Procedimiento de desinfección del material y pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%. Alcanzado 100%.
 - o El motivo de solicitud consta en el 100% de los informes revisados. En cuanto a la adecuación, se hace una revisión manual de las solicitudes de las colonoscopias para declinar o postponer las no indicadas, por tanto el 100% de las realizadas están indicadas.
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%. Alcanzado 100%.
 - o Aspecto no reflejado en informe. De rutina, en todas las endoscopias realizadas en nuestro servicio se realiza valoración del paciente y se rellena una Hoja de valoración de enfermería. Dicha valoración queda guardada con la historia clínica del paciente junto a los consentimientos informados.
 - o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, observando un 100% en cada auditoría.
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo > 85%. Alcanzado 100%.
 - o Aspecto no reflejado en informe. Se hace una revisión manual previa de las solicitudes de las colonoscopias para declinar o postponer las no indicadas, por tanto, es adecuado en el 100%
- C1 Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 98%, 2ª 98%, 3ª 99%, 4ª 100%.
 - o Aspecto no recogido en el formulario de ENDOX, pero en el programa sí se guardan las fotografías realizadas durante el procedimiento. Se hace revisión manual.
- C2 Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

sedación. Objetivo 100%. Alcanzado 100%.

o De rutina, en todas las endoscopias realizadas en nuestro servicio se realiza valoración del paciente y se rellena una Hoja de valoración de enfermería donde se anotan constantes vitales pre y postprocedimiento.

o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, observando un registro de constantes pre y post procedimiento del 100% en cada auditoría

• C3 Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%. Alcanzado 2ª 100%, 3ª 98%, 4ª 100%

o De rutina, en todas las endoscopias realizadas en nuestro servicio se realiza valoración del paciente y se rellena una Hoja de valoración de enfermería donde se anotan constantes vitales pre y postprocedimiento así como incidencias inmediatas. No obstante, estos datos no siempre aparecen reflejados en el informe o en programa ENDOX.

o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, donde en el 100% queda reflejada la presencia o ausencia de complicaciones inmediatas.

? No consta en Ordenador: 1ª 72%, 2ª 55%, 3ª 37%, 4ª 30%

? Tras revisión manual: No complicaciones: 2ª 100%, 3ª 98%, 4ª 100%

• C4 Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 92%, 2ª 73%, 3ª 93%, 4ª 89%

o Se incluye en "adecuada" las preparaciones catalogadas como Excelente, Buena o Suficiente, o Boston = > 5.

• C5 Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 87'5%, 2ª 90%, 3ª 98%, 4ª 92%

o Se considera Completa a la endoscopia que alcanza fondo cecal o a la que alcanza zona objetivo.

• C6 Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%. Alcanzado 1ª 91'4%, 2ª 80%, 3ª 95%, 4ª 97%

o No cumplirán objetivo las colonoscopias que dejen pólipos sin extirpar.

• C8 Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 94'3%, 2ª 93%, 3ª 90%, 4ª 92'6%

o Se incluye porcentaje de colonoscopias en los que no se recupera ninguno de los pólipos extirpados.

• C9 Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapéuticas. Mínimo 6 minutos. Objetivo alcanzado en 1ª 95%, 2ª 97'6%, 3ª 98%, 4ª 97%

o Se refleja porcentaje de colonoscopias en las que la retirada ha sido de 6 o más minutos. Destacar que la mayoría de casos en los que la retirada es menor es debido a que la preparación es excelente, o a que es pésima y se interrumpe la exploración.

• C10 Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%. Alcanzado 1ª 100%, 2ª 100%, 3ª 100%, 4ª 100%

o De rutina, en todos los casos de diarrea crónica con sospecha clínica se biopsia mucosa sana

• C11 Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%. Alcanzado 1ª no hay casos, 2ª 100%, 3ª 100%, 4ª no hay casos.

o De rutina, en todos los casos de EII se realizan biopsias de cribado

• D3 Registro del tiempo de retirada. No consta en No consta en 1ª 24%, 2ª 15%, 3ª 7%, 4ª 20%

o Mencionar que en muchas ocasiones no consta el registro porque la endoscopia es terapéutica o se hacen biopsias y el tiempo de retirada no es significativa.

• D4 Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%. Alcanzado 1ª 74%, 2ª 70'6%, 3ª 83%, 4ª 75%

• E1 Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%. Alcanzado 1ª 42%, 2ª 51%, 3ª 42%, 4ª 41%

o Tasa de detección de adenomas Global

• Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

o Aspecto no recogido en informe. No obstante, de rutina a todos los pacientes a los que se realiza endoscopia se le entrega recomendaciones personalizadas.

De estos resultados podemos concluir que se han alcanzado los objetivos más relevantes, y en la mayoría de ítems. En algunos de ellos se ha visto mejoría progresiva de los datos, si bien se deduce que se mejorará en los siguientes indicadores:

- Registro de posibles eventos adversos y su naturaleza: como se ha comentado, las incidencias durante la endoscopia se anotan en la Hoja de valoración de enfermería. No obstante se recordará a los facultativos especialistas que incluyan este aspecto en el formulario del programa ENDOX.

- Preparación del colon: las cifras obtenidas de preparación adecuada oscilan alrededor del objetivo fijado. Es posible que no se alcancen objetivos debido al predominio de población anciana que cubre nuestro cupo y el estado de paciente ingresado (la edad y el hecho de estar ingresado son factores de riesgo para mala preparación, según estudios clínicos). Ya se está trabajando en encontrar una fórmula para mejorar la preparación de los pacientes (en concreto los ingresados) regulando la hora de realización de las pruebas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Uso de escalas de Boston y París: Si bien previamente al inicio del proyecto de calidad no se utilizaban dichas escalas, actualmente vemos que se usa hasta en el 85% de las endoscopias, si bien es una cifra mejorable. Se recordará a los facultativos la conveniencia de su uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la instauración de las medidas mencionadas en 2018 se ha detectado una instauración en la práctica con el cumplimiento de la mayoría de los objetivos fijados. No obstante, hay que mejorar en cuanto al Registro informático por parte del médico se refiere: eventos adversos, preparación del colon (usando escala de Boston), y descripción de los pólipos (París). Además, la preparación del colon podría ser mejorable, por lo que se seguirá trabajando desde Enfermería en aumentar la adherencia y el seguimiento de las pautas de preparación del colon. Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad y analizando los datos obtenidos hasta ahora, lo hemos conseguido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO BELEN, BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, BELLES ARANDA MIRIAM, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, CUERVO MENENDEZ CONCEPCION A, GARZA TRASOBARES EMILIO, THOMSON LLISTERRI CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer de colon.

MÉTODO

Se tomarán como referencia en calidad de la endoscopia las dos últimas publicaciones de la SEPD en este sentido, que serán completadas con la guía de la ESGE, realizando un único proyecto de calidad en la endoscopia adaptando las principales recomendaciones a nuestro entorno. Se dividirá el proyecto en 2 partes: por un lado se describirá en qué debería consistir el procedimiento habitual en las endoscopias, especificando la colonoscopia, y por otra parte se describirán los distintos indicadores de calidad seleccionados y sus valores ideales.

INDICADORES

Se incluyen en el proyecto indicadores de calidad de estructura, proceso y resultados. La monitorización de los mismos se realizará, según recomienda la ESGE, de forma continuada mediante los sistemas de recogida de datos de endoscopias o mediante auditoría anual de 100 endoscopias consecutivas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia
- La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación. Objetivo 100%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%
- Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%
- Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%
- Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%
- Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapéuticas. Mínimo 6 minutos
- Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%
- Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%
- Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%
- Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

DURACIÓN

- Inicio junio 2018: Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el proyecto y su contenido mediante sesiones clínicas. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya todos los indicadores. Formación al personal en cuanto a seguridad en la sedación (taller RCP), mejora en la detección y descripción de lesiones.
- Octubre 2018: Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.
- Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: noviembre 2018: evaluar 50 endoscopias consecutivas.
- Auditoría trimestral y evaluación inicial de los indicadores: enero 2019
- Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): julio 2019 y enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1304

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CATALAN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER

HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

ALCAINE ARANDA ANA MARIA

GRACIA POLO SANDRA

NARANJO SORIANO GEMA

MENDEZ MUÑOZ ISABEL

MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como parte del equipo de mejora se creó un grupo de trabajo formado por personal de enfermería del Servicio de Laboratorio y radiodiagnóstico. Se estableció un calendario de reuniones, el responsable del proyecto hizo de moderador y se utilizaron dinámicas sencillas de gestión para generar ideas. Se llevaron a cabo 8 reuniones de las que se levantó acta, se definieron los acuerdos alcanzados y resultados obtenidos.

Se creó un diagrama de flujo en el que se detallaban los pasos que seguiría el paciente en el nuevo proceso. También se consensuaron las necesidades de acceso venoso periférico para una adecuada prueba con contraste en el servicio de rayos y los cuidados de enfermería oportunos para su adecuado mantenimiento. Este se basó en las evidencias científicas disponibles y se revisó con la supervisora de UCI experta en la formación sobre colocación y mantenimiento de vías venosas en el hospital.

Se estableció un horario fijo para poder ser atendido en el servicio de laboratorio que se fijó de 8 a 10:30.

Mientras que las pruebas en el servicio de rayos se realizan mediante citación de 8 a 15 horas.

Se consideró importante que la unidad o servicio emisor, en este caso oncología conociera el proyecto para que informase a los pacientes del nuevo flujo que tendrían que realizar para llevar a cabo las pruebas complementarias solicitadas. De igual modo implicar al servicio de citaciones de radiodiagnóstico para que cuando llamasen a los pacientes les recordasen que si tenían que hacerse analítica que se lo indicaran a la enfermera de laboratorio. También se consideró oportuno modificar las recomendaciones en papel que se le daban al paciente desde la consulta de oncología.

Para todo ello se planificó y llevó a cabo una reunión con el servicio de oncología, hospital de día de oncología y con la supervisora de consultas. Se les presentó el proyecto y se revisaron las recomendaciones que se le entregaban al paciente. Posteriormente se siguió la misma metodología con el servicio de admisión de rayos.

Se crearon unas hojas de registro de datos en formato excell que dispondría el servicio de radiodiagnóstico como método de recogida de los pacientes que se habían sido incluidos en el proceso con los siguientes datos:

especialidad, donde se había realizado la analítica, si se siguió el procedimiento de canalización de vía venosa, si hubo alguna complicación y la satisfacción del paciente mediante encuesta de satisfacción.

Todo el proceso de preparación de documentación, reuniones, y trabajo inicial del grupo se llevó a cabo hasta final de mayo, programándose para junio la implantación y registro. Por lo que los datos que presentamos son de junio a diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- En nº de actas del grupo de trabajo: al menos 4. Se ha cumplido porque se han realizado 8 con actas, siendo mayor el número de reuniones realizadas.

2.- Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas: Si/No. Se ha establecido un diagrama de flujo en el que se indican los pasos a seguir. Se han modificado diversos documentos en papel con las recomendaciones que deben seguir los pacientes que se realizan pruebas diagnósticas de oncología.

3.- Implementación en el hospital mediante sesión de enfermería: al menos 1. Se pensó en realizar una sesión única, pero finalmente se consideró más operativo una por servicio para explicar el proceso de atención al paciente, con lo que se realizaron 2 (consultas y radiodiagnóstico).

4.- nº de pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológico a los que se le realizan las pruebas *100 .

En 2019 se vio en la consulta de oncología del hospital Obispo Polanco a 2659 pacientes, de estos los pacientes visitados en el último semestre fue de 1456 pacientes. Por otro lado, según los datos del servicio de radiodiagnóstico se realizaron en 2019 unas 3000 pruebas con contraste, y están codificados como solicitados por la especialidad de oncología en el segundo semestre de 2019: 346 escáner con contraste.

El proyecto comenzó en junio. Según las hojas de registro creadas para anotar a los pacientes que siguen el proceso se han incluido en él 111 pacientes. De estos están codificados como oncología 84 pacientes y el resto pertenecen a otras especialidades como cirugía, urología, urología o digestivo.

$84/346 * 100 = 24.27\%$

5.- Reducción del número de pacientes a los que se les realizan las pruebas por separado. Se disminuido el número de pacientes que se realizan pruebas por separado en 111 pacientes. Supone unos 20 pacientes menos pinchados cada mes, pero hay que tener en cuenta que algunos meses disminuye considerablemente la actividad asistencial por periodos estivales, con lo que llevaremos a cabo la monitorización a lo largo del próximo año, también se va a valorar incluir a más especialidades.

El reparto de las punciones venosas por servicio fue: 58 pacientes en Rayos y 53 en laboratorio, por lo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1304

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

se considera que la distribución y carga de trabajo ha sido homogénea.

6.- Satisfacción del paciente

Se realizó una breve encuesta de satisfacción a 50 pacientes indicando:

-si la sistemática de trabajo y procedimiento actual le parecía mejor o peor que el anterior y el 100% indicó que le parecía mejor que el anterior.

-También se les indicó que dijeran en la escala liker de 1 a 10 si la organización le parece mejor o peor que antes siendo 1 peor que antes y 10 mucho mejor. Con esta escala se recoge la percepción y satisfacción global al disminuir el número de visitas y que se le pinchara solo en 1 ocasión. La media global en la muestra fue de 9,8 puntos, considerándose mucho mejor que la anterior.

7.- Disminución del gasto sanitario.

Se ha llevado a cabo un estudio de la disminución del gasto por ahorro de material, si bien los materiales de punción y acceso venoso se compran por concurso centralizado saliendo muy económicos (aguja extracción múltiple= 0.119€/unidad y catéter venoso periférico = 0.508€/unidad). Al no ser la muestra muy grande y haberse evaluado solo en medio año ha supuesto un ahorro en 2019 de alrededor de 20€.

8.- Efectos adversos.

Solo en 1 caso la vía estuvo coagulada y hubo que volver a canalizar otra vía venosa. Por lo que la incidencia de complicaciones fue muy baja del 0.90%, lo que indica que tanto la técnica de punción como la de conservación del acceso venoso se realizó de manera adecuada y siguiendo las indicaciones establecidas en el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Partimos como situación de partida del hospital de que los pacientes acuden al centro en dos momentos, uno para realizarse la analítica y otro para llevar a cabo la prueba diagnóstica, en cada uno de ellos se lleva a cabo una punción venosa, lo que puede derivar en un riesgo para el paciente derivado de la técnica, y en un perjuicio personal y laboral por el número de visitas por parte del paciente y acompañantes que tienen que ausentarse de su actividad laboral, repercutiendo en el gasto de las empresas. Gracias a este proyecto casi un 25% de los pacientes oncológicos han reducido el número de visitas al centro y el número de punciones. Creemos importante ampliarlo al resto de servicios del hospital.

7. OBSERVACIONES.

No hemos podido pegar el diagrama de flujo, ni otras herramientas de gestión utilizadas al ser imágenes o documentación anexa.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1304 ===== ***

Nº de registro: 1304

Título
MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE ONCOLOGICO CON LA COLABORACION ENTRE LOS SERVIDIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNOSTICO

Autores:
CATALAN EDO PILAR, ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, ALCAINE ARANDA ANA MARIA, GRACIA POLO SANDRA, NARANJO SORIANO GEMA, ALQUEZAR PEREZ ANA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso venoso es una necesidad importante en el cuidado y manejo del paciente oncológico. Además, tanto a lo largo de todo el proceso de tratamiento, como posteriormente en las revisiones programadas, los oncólogos solicitan analíticas de control, así como TC que precisan la punción venosa y/o canalización de una vía venosa periférica. En muchas ocasiones se limita la posibilidad de punción a una sola extremidad con lo que se van sumando factores que dificultan progresivamente la punción y aumentan el número de visitas al hospital si se realiza cada acto en un día independiente.

El número de pacientes oncológicos a los que se le realiza TC con contraste en el Hospital Obispo Polanco ha aumentado exponencialmente en los últimos años, debido al aumento de los diagnósticos clínicos. Durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1304

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

primer año y en muchos casos durante segundo año las revisiones post diagnóstico por parte del especialista se programan trimestralmente, distanciándose este periodo en función de la evolución del paciente. La situación actual en el hospital es que los pacientes tienen que acudir en dos momentos distintos para poder completar las pruebas necesarias antes de la visita de revisión; uno para sacarse la analítica y otra para la realización TC y en cada momento se les realiza una punción venosa. Todo ello supone un perjuicio para el paciente porque aumentamos el número de técnicas invasivas que se le realizan y número de veces que tiene que acudir al hospital. También los profesionales deben repetir la misma técnica en dos ocasiones, lo que supone una pérdida de tiempo efectivo de trabajo que podría ser invertido en otro paciente y el núcleo familiar debe acompañar al paciente en diversas ocasiones, lo que supone ausencias de su actividad laboral.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia al paciente oncológico que requiere servicios conjuntos de laboratorio y radiodiagnóstico (realización de un TC con contraste y analítica de control).
Reducir el número de punciones en pacientes oncológicos que suelen mostrar mal acceso vascular post tratamientos.
Simplificar las visitas a los servicios, realizar circuitos más sencillos para los pacientes.
Unificar la técnica de punción inter servicios centrales.
Mejorar la satisfacción del paciente y familiares.

MÉTODO

Creación del grupo de trabajo.
Mediante diversas herramientas de gestión se establecerán el o los circuitos estandarizados, sencillos y fáciles para los pacientes. Se pedirá la colaboración de algún informante clave o paciente que esté inmerso en este circuito de revisiones para saber su opinión y aportación de ideas.
Se establecerá un procedimiento para canalización de vía venosa para la atención al paciente oncológico con arreglo al tipo de análisis o TC que se vaya a realizar.
Implementación en el hospital. Difusión y formación a todos los profesionales implicados.
Comunicación al servicio de oncología que será el que derive al paciente a estas pruebas.
Evaluación del funcionamiento para establecer acciones de mejora si fuera necesario.

INDICADORES

Actas del grupo de trabajo: al menos 4
Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas (analítica y TC): Si/No
Elaboración del procedimiento de canalización de vía venosa: Si/NO
Implementación en el hospital mediante sesión de enfermería: al menos 1.
Nº pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológicos a los que se le realizan pruebas *100
Reducción del número de pacientes oncológicos que se realizan la analítica o TC de forma independiente respecto al periodo de 2018
Satisfacción de paciente en relación con la unificación de pruebas: puntuación buena o muy buena

DURACIÓN

Abril: primera reunión del grupo de trabajo conjunta
Abril a junio: dinámicas de grupo para conocer la situación y describir los circuitos por los que pasará el paciente y el procedimiento.
Octubre-Noviembre: implementación y difusión:
Enero-febrero: análisis de los primeros datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0205

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del proyecto era dar formación individualizada al paciente con obesidad derivado a la consulta externa de endocrinología para perder peso, mediante una adecuada educación alimentaria y de hábitos de vida, para así lograr los resultados deseados de pérdida de peso, el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables y la mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, además de que la eficacia de la pérdida de peso se mantuviera a medio-largo plazo.

Tal y como se planificó inicialmente, se han realizado tres visitas para evaluar a nuestros pacientes y los resultados de nuestra intervención: una visita inicial (a los 0 meses), otra a los 3 meses y otra a los 6 meses. En la visita inicial se recogieron las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo y estado civil); los estilos de vida (consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimentarios, práctica de actividad física); variables antropométricas (peso, talla, IMC en kg/m², perímetro abdominal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico, hormonas tiroideas, perfil nutricional) y dietéticas, así como la medición de la tensión arterial. Además, se valoró la presencia inicial de comorbilidades asociadas a la obesidad y factores de riesgo cardiovascular (presencia de DM tipo 2 y prediabetes, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, artropatía degenerativa, dislipemia, esteatosis hepática). También se realizó una historia dietética, recogiendo los datos de todos los alimentos y bebidas consumidas por los participantes mediante historia dietética y registro alimentario de 3 días. También se registró la satisfacción del paciente con su calidad de vida y su bienestar físico y mental en relación al exceso de peso. En base a las características basales de cada paciente y el cálculo de sus necesidades energéticas, se indicaron unas pautas de alimentación y unas recomendaciones de hábitos de vida y de ejercicio físico adaptadas según las capacidades iniciales.

En las visitas realizadas a los 3 y 6 meses se monitorizó la evolución de las variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal), el cumplimiento de las pautas recomendadas nutricionales y de actividad física, los niveles de tensión arterial, los resultados analíticos y el estado de las comorbilidades asociadas a la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular asociados, objetivando si se había producido mejoría clínica, analítica y de la satisfacción y calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La población diana eran todos los pacientes con edad >18 años e índice de masa corporal >30 kg/m² derivados a la consulta externa de Endocrinología y Nutrición por el motivo de consulta "obesidad", quedando excluidos pacientes que estuvieran previamente diagnosticados de diabetes.

Se ha llevado a cabo la inclusión de un total de 148 pacientes, durante el período de reclutamiento del 1 de enero de 2019 al 30 de junio, para que a fecha de 31 de diciembre de 2019 todos hubieran realizado las visitas de seguimiento a los 3 y 6 meses.

De esos 148 pacientes, 89 (el 60,1%) eran mujeres. La edad media global fue de 52,4 años (+/-3,6 años), con dos picos de edad de mayor frecuencia (20-30 años y 50-60 años).

De los factores de riesgo cardiovascular y las comorbilidades estudiadas, lo más frecuente fue la presencia de esteatosis hepática (enzimas hepáticas elevadas en el 68,3% de los pacientes), prediabetes (glucemia basal alterada en el 30,2%, de los que el 87% tenían antecedentes familiares de DM en familiares de primer grado), hipertensión arterial (en el 72% de los pacientes mayores de 50 años) y dislipemia (hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia presente en el 79% de los pacientes).

La pérdida media de peso fue de 5,6 kilogramos (+/-1,8 kg) a los 6 meses, lográndose mayores pérdidas de peso en pacientes más jóvenes y con mayor índice de masa corporal de base (la máxima pérdida de peso alcanzada por un paciente fue de 42,8 kg, sin tratamiento farmacológico ni quirúrgico coadyuvantes). La media de pérdida de peso en pacientes con edad < 40 años fue de 10,3 kg (+/-3,4 kg). La tasa de éxito terapéutico con pérdidas > 5% del peso inicial fue del 81,3%, muy por encima de lo que está descrito en los estudios realizados en pacientes con obesidad, en los que la tasa de éxito terapéutico suele estar en torno al 20-30%, e incluso menor en períodos superiores al año de seguimiento.

Además, también se objetivó una mejoría de las comorbilidades, destacando la reversión del estado de prediabetes en el 78,7% de los pacientes que la tenían y que lograron bajar de peso, de la elevación de enzimas hepáticas (que descendió en el 69,4% de los pacientes), y de la dislipemia (mejoría en el 86,9% de los casos).

Y por otro lado, los pacientes (el 90,2% de los que perdieron peso) mejoraron su percepción de calidad de vida y su satisfacción personal, más cuanto mayor había sido la cantidad de peso perdido.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0205

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al lograr la pérdida de peso, se pretende conseguir de forma secundaria una disminución de los factores de riesgo cardiovascular y una mejoría de las comorbilidades asociadas a dicha obesidad, inducir una mejoría psicossomática con mayor sensación de bienestar, y aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes. Hemos comprobado que llevar a cabo un programa de formación personalizada e individualizada de los pacientes adultos con obesidad favorece una mayor adherencia y una mayor tasa de cumplimiento terapéutico, mayor pérdida de peso y una mejoría importante de las comorbilidades y de los factores de riesgo cardiovascular asociados al exceso de peso, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la esteatosis hepática o la dislipemia, a corto-medio plazo. Las pérdidas de peso más significativas se han obtenido en pacientes menores de 40 años, lo que insta a implantar estrategias de pérdida de peso y su mantenimiento de forma precoz. El tratamiento de la obesidad debe enfocarse de manera integral con diferentes estrategias (dieta, ejercicio, modificación de estilos de vida, tratamiento farmacológico, cirugía), pero la dieta constituye un pilar fundamental, sin el cual el resultado del tratamiento está prácticamente condenado al fracaso. Si al paciente no se le realiza una adecuada intervención nutricional personalizada, motivándole e insistiendo en la necesidad de modificar sus hábitos y su estilo de vida, el paciente no solo no va bajar de peso sino que va a continuar aumentándolo, con todas las complicaciones clínicas que eso supone. El éxito de los resultados obtenidos con este programa nos insta a que sigamos trabajando en la misma línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/205 ===== ***

Nº de registro: 0205

Título
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- La obesidad es una enfermedad crónica resultante de la interacción de factores genéticos, metabólicos, conductuales y culturales que está alcanzando proporciones de epidemia mundial.
- El exceso de peso se asocia al desarrollo de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, e incluso trastornos psicológicos.
- El tratamiento de la obesidad debe enfocarse de manera integral con diferentes estrategias (dieta, ejercicio, modificación de estilos de vida, tratamiento farmacológico, cirugía), pero la dieta constituye un pilar fundamental, sin el cual el resultado del tratamiento está prácticamente condenado al fracaso.
- Si al paciente no se le realiza una adecuada intervención nutricional personalizada, motivándole e insistiendo en la necesidad de modificar sus hábitos y su estilo de vida, el paciente no solo no va bajar de peso sino que va a continuar aumentándolo, con todas las complicaciones clínicas que eso supone.

RESULTADOS ESPERADOS
- El objetivo principal del proyecto es dar formación individualizada al paciente con obesidad derivado a la consulta externa de Endocrinología para perder peso, mediante una adecuada educación alimentaria y de hábitos de vida, para así lograr los resultados deseados de pérdida de peso y el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables, manteniendo la eficacia a medio-largo plazo.
- Al lograr la pérdida de peso, se pretende conseguir de forma secundaria una disminución de los factores de riesgo cardiovascular y una mejoría de las comorbilidades asociadas a dicha obesidad, inducir una mejoría psicossomática con mayor sensación de bienestar, y aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0205

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

- Población diana: todos los pacientes con edad > 18 años e índice de masa corporal > 30 kg/m2 derivados a la consulta Externa de Endocrinología por obesidad.

MÉTODO

Al inicio se recogerán las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo y estado civil); estilos de vida (consumo de alcohol, hábitos alimentarios, práctica de actividad física); variables antropométricas (peso, talla, IMC en kg/m2, perímetro abdominal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico, hormonas tiroideas, perfil nutricional) y dietéticas, así como control de la tensión arterial. Además, se valorará la presencia inicial de comorbilidades asociadas a la obesidad y factores de riesgo cardiovascular asociados (presencia de DM tipo 2, síndrome de apnea del sueño, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, artropatía degenerativa, dislipemia, esteatosis hepática). En la visita inicial se realizará una historia dietética, recogiendo los datos de todos los alimentos y bebidas consumidas por los participantes mediante historia dietética y registro alimentario de 3 días. En base a las características basales de cada paciente y su cálculo de sus necesidades energéticas, se indicarán unas pautas de alimentación y unas recomendaciones de hábitos de vida y de ejercicio físico adaptadas según las capacidades iniciales.

INDICADORES

En las visitas realizadas cada a los 3 y 6 meses se monitorizará la evolución de las variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal), el cumplimiento de las pautas recomendadas nutricionales y de actividad física, los niveles de tensión arterial, los resultados analíticos y el estado de las comorbilidades asociadas a la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular asociados, objetivando si se ha producido mejoría clínica y analítica.

DURACIÓN

Proyecto para todo el año 2019 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo. Las sesiones formativas en la consulta externa de endocrinología tendrán una duración de 20 a 30 minutos. A partir de ese momento se irá reclutando a los pacientes con obesidad que sean derivados a la consulta de Endocrinología, realizando la visita inicial y los posteriores controles a los 3 y meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0011

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDO IRENE
AIBAR ABAD MARIA PILAR
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

- Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools @Dominion t.i. en todos los centros de coste.
- Unificación de las bases de datos con el Servicio de Farmacia de Atención Primaria y la unificación física de almacenes. Se concretaron los flujos de personal y de trabajo de cara a la preparación y dispensación de la medicación solicitada por los distintos centros de salud del sector. La informatización de todo el proceso ha permitido la realización de las solicitudes de medicación por los centros de salud del sector de forma electrónica, llegando al Servicio de Farmacia del Hospital Obispo Polanco para su preparación y dispensación.
- Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería.
- Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.
- Depuración de la base de datos de principios activos y recodificación del código identificativo de las especialidades incluidas en la Guía Farmacoterapéutica, aumentándose la seguridad en el acto de la prescripción al permitir que la misma se realice por principio activo, así como facilitando la gestión de las compras de las diferentes referencias al reducirse el número de fichas diferentes.

Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo. Por un lado, la unificación de centros y bases de datos ha permitido una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.

- Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.
- Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos

Por otro lado, dicha implantación mejora la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.

Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (ya realizada), establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa, ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.

La unificación de la gestión de compras y adquisiciones de productos farmacéuticos en el sector ha permitido una mejora clara en la gestión de existencias, mejoras en los flujos de trabajo del personal y recepción de material, así como una clara mejora de la eficiencia en la adquisición de medicamentos a los distintos proveedores.

La recodificación y depuración de la base de datos Farmatools @Dominion ha contribuido a mejorar la eficiencia en la gestión de los stocks al reducirse el número de referencias diferentes, así como el incremento de la seguridad del acto de prescripción al permitir realizar la misma por principio activo. Así mismo, la depuración de las bases de datos repercute en un aumento de la calidad/seguridad clínica al codificarse de forma correcta las interacciones medicamentosas potenciales y alergias cruzadas.

En la segunda fase (aún por llevar a cabo), desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Protocolización de esquemas de tratamiento.

b) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

c) A nivel técnico: optimización tiempos y flujos de trabajo.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.
- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.
- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.
- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0011

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).
En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La preocupación por la seguridad del paciente (SP) es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la SP. En nuestro país, el Mº de Sanidad ha situado la SP como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del SNS del Mº, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la SP. Entre las líneas estratégicas de uso racional del medicamento de 2018-2019 se encuentra potenciar la implantación de los sistemas de prescripción electrónica asistida a nivel intrahospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0011

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

MÉTODO

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la SP en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de admon., alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del ttº, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

INDICADORES

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentando progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

DURACIÓN

a) Primera fase: febrero-junio de 2019. Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.

b) Segunda fase: julio-octubre de 2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: noviembre-diciembre 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0026

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE IRENE NAVARRO PARDO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO
FERRER PEREZ ANA ISABEL
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
HERNANDO QUINTANA NATALIA
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la primera fase del proyecto se han realizado las siguientes actividades:

- Revisión de las fichas de medicamentos e introducción de los protocolos terapéuticos en el programa informático consultando la bibliografía disponible (fichas técnicas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), guías de práctica clínica y guías de estabilidad de medicamentos) con el objetivo de actualizar los datos de preparación y administración, así como consensuar y estandarizar los esquemas terapéuticos de mezclas intravenosas de preparación centralizada en el Servicio de Farmacia.
- Integración del programa informático con los datos de admisión y parámetros bioquímicos.
- Adaptación del circuito de trabajo: prescripción electrónica asistida (PEA) (cálculo de dosis y frecuencia de administración según protocolo, registro de alergias y toxicidades), validación farmacéutica, preparación estandarizada (cálculo de volúmenes a adicionar, número de viales y sistema de identificación inequívoca mediante código de barras), validación farmacéutica (control cualitativo y semicuantitativo de las preparaciones), administración segura en Hospital de Día (identificación paciente correcto y orden de administración mediante código de barras, dosis, vía, tiempo y registro de incidencias relacionadas con la administración).
- Implementación del sistema de gestión de mezclas devueltas y de trazabilidad del proceso para la identificación de lotes administrados y seguimiento farmacoterapéutico del paciente.
- Formación de los profesionales sanitarios implicados en el manejo de la prescripción, preparación y administración electrónica asistida (médicos, farmacéuticos y personal de enfermería).

En la segunda fase del proyecto se han realizado las siguientes actividades:

- Revisión e introducción de alertas de seguridad en la prescripción según parámetros bioquímicos y dosis máximas como herramienta de soporte en la toma de decisiones clínicas.
- Incorporación del sistema de lector de código de barras para aumentar la seguridad en la dispensación de las mezclas intravenosas desde el Servicio de Farmacia, así como en la administración de dichas mezclas en Hospital de Día.

En la tercera fase se han obtenido los indicadores para el seguimiento del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Oncología, Hematología Neurología, Digestivo, Reumatología, Urología, Dermatología, Neumología y Pediatría. Se Ha logrado una mejor gestión a todos los niveles:

- A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias. Protocolización de esquemas de tratamiento.
- A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de mezclas no administradas y devueltas al Servicio de Farmacia mediante el sistema de reutilización de mezclas y los datos de estabilidad introducidos.
- A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos: obtención de informes de consumo de medicamentos, coste de las terapias y datos de supervivencia.

Se han revisado e introducido 187 medicamentos y 189 protocolos (oncología 114, hematología 60, neurología 12, nefrología 12, digestivo 10, reumatología 10, medicina interna 9, dermatología 6, urología 5 y pediatría 2).

Desde su implantación se han realizado 5.618 preparaciones correspondientes a 432 pacientes (248 oncología, 81 hematología, 46 urología, 22 neurología, 14 digestivo, 10 reumatología, 5 medicina interna, 3 nefrología, 2 dermatología, 1 neumología, 1 pediatría).

Se han devuelto 34 mezclas, siendo las causas más frecuentes por reacción adversa durante la infusión y reprogramación no informada tras confirmación del tratamiento, de las cuales 10 se han reutilizado.

Las alertas de prescripción de dosis máxima de vincristina y ajuste de dosis de zoledrónico según función renal se han aceptado en el 100% de los casos.

Se registra la trazabilidad de todos los medicamentos (citostáticos, inmunoterapia y fármacos biosimilares).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0026

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento, permite realizar automáticamente el cálculo de la dosis según los protocolos introducidos y datos antropométricos del paciente, ajustar la dosis según alertas definidas en el programa, asegurar la trazabilidad del medicamento mediante el registro de los lotes en la dispensación, así como estandarizar la preparación y administración para garantizar la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

Título
SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA.
ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Autores:
NAVARRO PARDO IRENE, GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, FERRER PEREZ ANA ISABEL, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, HERNANDO QUINTANA NATALIA, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gestión del hospital de día onco-hematológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes.

Estos errores vienen determinados en gran medida por una serie de factores como son: la propia complejidad de la patología, la elaboración de los tratamientos para cada paciente que requieren dosificaciones individualizadas y a la variabilidad de éstas, incluso cuando se utiliza un mismo fármaco en distintos tipos de tumores.

La terapia antineoplásica y el resto de mezclas intravenosas de preparación centralizada en el Servicio de Farmacia son terapias complejas que requieren procesos de validación y doble comprobación (fármacos de estrecho margen terapéutico, esquemas complejos, cálculos de dosificación y ajuste según parámetros clínicos, métodos de administración complejos, etc.)

Las tecnologías de la información y comunicación son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad.

La prescripción informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Una mejor gestión:

- Clínica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos y de mezclas intravenosas.
- Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stocks).
- Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

MÉTODO

- Prescripción Informatizada y Asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología, Digestivo, Reumatología, Urología, Nefrología, Neurología, Dermatología y Pediatría mediante protocolos estandarizados y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0026

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

- consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Incorporación de alertas de seguridad en la prescripción, preparación y administración de los medicamentos, según parámetros clínicos, alergias, condiciones de reconstitución y dilución, etc.
 - Prescripción eficiente promoviendo la utilización de fármacos biosimilares.
 - Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
 - Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
 - Preparación Centralizada de Terapia IV, estandarización del procedimiento de preparación de la terapia y cálculo automático de volúmenes a adicionar y sistema de identificación inequívoca de las preparaciones.
 - Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho.
 - Gestión de los consumos e integración con el programa de gestión de medicación.
 - Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilita la identificación y dispensación de forma inequívoca de las preparaciones.
 - Administración segura mediante identificación del paciente correcto, medicación, tiempo, dosis y vía.
 - Registro informatizado de la administración y posibles incidencias durante la misma.
 - Explotación de datos estadísticos.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes en tratamiento quimioterápico y con mezclas intravenosas centralizadas en el Servicio de Farmacia incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
- Indicador de eficiencia: N° de tratamiento desechados/N° tratamientos planificados.

DURACIÓN

- Primera fase: octubre 2018- abril 2019. Revisión e incorporación de los protocolos consensuados con los facultativos y procedimientos estandarizados de preparación de las mezclas. Puesta en marcha del programa de prescripción electrónica asistida. Prescripción informatizada de los tratamientos activos por los servicios implicados.
- Segunda fase: mayo-agosto 2019. Revisión de alertas relevantes como herramienta de soporte en la toma de decisiones clínicas. Incorporación de sistemas PDA para el registro y validación de la administración en Hospital de día. Integración del programa informático de prescripción de terapia antineoplásica y mezclas intravenosas con el programa de gestión de medicamentos.
- Tercera fase: septiembre 2019. Obtención de indicadores para el seguimiento del proceso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
CUESTA GALLARDO ISABEL
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
ALBARRAN ARRIBAS ESTER
JUBERIAS MOYA PILAR
MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA
VICENTE MOYA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Todos los pacientes han tenido 4 consultas programadas de seguimiento, en las que se valora su capacidad de manejo de aparatos y programa informático, resultados obtenidos, estado de funcionamiento de los coagulómetros, material utilizado y se han subsanado los errores y dudas surgidas. En años próximos, aquellos pacientes que superan el año inicial serán controlados 2 veces al año. Todos los pacientes han recibido de manera presencial o telefónica el asesoramiento que han requerido.

2.-Se ha evaluado el nivel de satisfacción de los pacientes con el autocontrol y con el servicio recibido. En la encuesta realizada se valora el grado de satisfacción sobre el curso de aprendizaje recibido, el personal encargado del mismo, material recibido, valoración del autocontrol respecto a la anterior forma de autocontrolarse (escala desde mucho peor a mucho mejor), ventajas y desventajas del autocontrol sobre el método anterior y comentarios o sugerencias.

3.-Durante el primer cuatrimestre se realizó un nuevo curso de formación con la incorporación de 12 nuevos pacientes (6 del Centro de Salud de Teruel y 6 de centros rurales) . Nuestra intención era realizar un 2º curso durante el 3º cuatrimestre, el mismo no ha sido posible debido a los importantes problemas de personal que en el momento actual afectan al Servicio de Hematología (jubilaciones, sustitución de enfermeras por técnicos, incorporaciones de personal....), esperamos que el 2020 podamos seguir con la incorporación de nuevos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.-Actualmente tenemos 21 pacientes en el programa de autocontrol, ha habido una baja definitiva por suspensión de la anticoagulación y una temporal por problemas médicos intercurrentes.

2.-De la encuesta realizada se desprenden los siguientes resultados:

A.- El 100% considera que el autocontrol es mucho mejor que el sistema anterior.

B.- El 60% por ser independientes del hospital, un 20% por que los controles semanales le dan mas seguridad sobre la anticoagulación y el resto por que con las plataformas on line se sienten mas seguros.

C.- El principal problema que tienen la mayoría de los pacientes (70%) es el "miedo" a la punción, sobre todo al principio, lo que origina un número importante de intentos "fallidos", este problema se subsana con el tiempo y el aprendizaje. Los otros dos problemas mas frecuentes son el colocar la sangre en el analizador y la configuración y manejo de la APP, de ambos problemas ambos problemas se subsanan con tiempo y mas horas de adiestramiento.

D.- El 100% lo recomendaría a otros pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones definitivas que hemos sacado son:

-Se trata de un método válido para el control de la anticoagulación oral.

-Se requiere una selección adecuada de los pacientes, se debe ser exigente a la hora de la selección.

-El grado de aceptación y satisfacción por parte de los pacientes es alto.

-El personal encargado debe estar adecuadamente formado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/362 ===== ***

Nº de registro: 0362

Título
CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:

GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, ANGOAS SEGURA JOSE ANTONIO, CUESTA GALLARDO ISABEL, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, ALBARRAN ARRIVAS ESTER, JUBERIAS MOYA PILAR, MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA, VICENTE MOYA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes Anticoagulados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los anticoagulantes orales son fármacos de uso muy extendido en nuestro medio (2.9% de la población de Aragón en 2017, con uso creciente motivado por la mayor esperanza de vida y la ampliación continua de su indicaciones. Son medicamentos, en la mayoría de los casos de uso crónico, de manejo complejo, con frecuentes eventos adversos que motivan frecuentes consultas médicas e ingresos urgentes.

Se consideran medicamentos de alto riesgo, por lo que la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos para el período 2015-2020 fomentar la implantación de prácticas seguras con estos fármacos.

El autotratamiento proporciona a los pacientes candidadtos importantes ventajas; evitar traslados al centro sanitario, mejora en la calidad de vida y, sobre todo, detectar desajustes de dosis aumentado la seguridad del fármaco.

Por ello queremos implantar un sistema de autotratamiento con seguimiento en una unidad específica.

RESULTADOS ESPERADOS

- . Crear una ubicación física específica dotada del material y medios necesarios para desarrollar el programa.
- . Seleccionar a un número determinado de pacientes a los que enseñar a realizar e interpretar el INR y actuar en consecuencia de manera correcta. También recibirán la educación sanitaria pertinente que incluirá pautas de actuación ante situaciones especiales.
- . Conseguir que estos pacientes nos comuniquen los resultados y las observaciones clínicas referentes al control de su TAO, de acuerdo al calendario establecido
- . Controlar el suministro de material al paciente, asegurándonos del uso adecuado del mismo.

MÉTODO

- . Cursos de educación sanitaria para el logro de los objetivos previstos.
- . Se impartiran cursos a pacientes y a formadores.

INDICADORES

Indicadores y Evaluación

- . Selección de 10 pacientes
- . Registro de los cursos impartidos.
- . Registro de las visitas de los pacientes.
- . Registro de las complicaciones.
- . Registro del material entregado.
- . Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

- . Duración prevista para un correcto funcionamiento de la unidad: 1 año.
- . Mes Mayo: Puesta en marcha de la consulta (Ubicación, material...)
- . Mes de Junio: fin de selección y formación de pacientes.
- . Auditorias Semestrales (Noviembre 2018 y Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAOO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0218

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTON DITO JOSE MARIA
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboramos Protocolos de estandarización de los criterios diagnósticos (clínicos y de recogida de muestras), y de manejo de tratamiento antibiótico para las infecciones en UCI, tras la revisión de las Guías Clínicas y dentro de los Proyectos de Infección Nosocomial Zero de nuestra Sociedad de Medicina Intensiva, incorporándolos al Sistema Informatizado de Gestión Clínica (SIGC).
-Creamos un Sistema de Registro de: Infecciones/colonizaciones intra/extraUCI, gérmenes aislados con sensibilidades antibióticas, monitorización de aparición de gérmenes multirresistentes, criterios y tipos de aislamientos, monitorización de dispositivos invasivos (catéteres, sonda vesical, ventilación mecánica), y tratamiento antibiótico prescrito; todo ello integrado en el SIGC.
-Realizamos Sesiones Clínicas de difusión del Proyecto para el personal médico y de enfermería de la UCI.
-Diseñamos una serie de Indicadores de monitorización utilizando el Sistema de explotación de datos del SIGC.
-Y tras el análisis de los resultados, hemos implementado medidas de mejora de procedimientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizando los datos registrados en el año 2019 mediante el SIGC. Se incluyeron un total de 311 pacientes. La edad media fue de 70 años. La mediana de APACHE II 17. El motivo de ingreso en un 80% médico. La duración de la estancia en UCI fue de 4,1 días.

Los resultados de la monitorización de la infección nosocomial fueron: 2 pacientes con Bacteriemia secundaria a infección por catéter venoso central (CVC) (1 Enterococcus faecium y 1 Staphylococcus coagulasa negativo). Lo que supone 2,35 bacteriemias por 1000 días de CVC. 1 paciente con Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) (polimicrobiana por E. Coli y S. Aureus). Lo que significa 2,75 Neumonías por 1000 días de VM.

3 pacientes con Traqueobronquitis asociada a VM por Staphylococcus coagulasa negativo, Citrobacter freundii y Enterobacter cloacae.

1 paciente con infección por Clostridium difficile.

Ninguna infección relacionada con sonda uretral. Y ninguna infección nosocomial por germen multirresistente intraUCI.

Los resultados de infección nosocomial y de multirresistencia están muy por debajo de los estándares nacionales, y de los obtenidos en el año 2018 en nuestra UCI.

En cuanto al resto de los Indicadores monitorizados: el 100% de los pacientes que ingresaron con criterios de infección cumplieron el protocolo de recogida de muestras. El 90% de los pacientes fueron tratados a su ingreso de acuerdo con los protocolos de tratamiento antibiótico empírico establecido. En el 85% de los pacientes se realizó ajuste antibiótico según resultados de los cultivos. En el 100% de los casos se realizó ajuste según función renal. En el 85% de los casos la duración del tratamiento fue la adecuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De acuerdo con el resultado de los Indicadores monitorizados, hemos introducido una serie de estrategias de mejora: Check-list de revisión de necesidad de continuidad de los dispositivos invasivos (catéteres, sonda vesical, ventilación mecánica) y posibilidad de realizar ventana de sedo-relajación, de la necesidad de continuidad del tratamiento antibiótico y de la oportunidad de desescalamiento según los resultados microbiológicos, ajuste de dosificación si insuficiencia renal, valoración de paso a vía oral; que se cumplimenta en la reunión del equipo médico y de enfermería de pase de guardia.

Todo ello ha servido para unificar los criterios de actuación de los trabajadores de la unidad y disminuir la variabilidad clínica, estandarizando el manejo de los pacientes al establecer unos criterios de diagnóstico de infección y de selección, dosificación, vía de administración y duración del tratamiento antibiótico. Hemos disminuido la incidencia de infección nosocomial y de gérmenes multirresistentes en la UCI. Así pues, con todo ello se ha mejorado la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/218 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0218

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Nº de registro: 0218

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

Autores:
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, DE LA CRUZ ROSARIO LAURA ESTHER, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-El gasto antibiótico supone hasta un 50% del gasto farmacéutico de la UCI. Aproximadamente un 45% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos.
-Los principios generales que rigen la administración de antibióticos en las UCI aconsejan empezar precozmente por una pauta empírica de amplio espectro, ante el riesgo de no cubrir adecuadamente todos los gérmenes. Sin embargo, esta terapia inicial con frecuencia no es revisada contribuyendo a un uso inapropiado de los antibióticos y a un aumento de resistencias microbianas.
-Las infecciones nosocomiales afectan hasta un 30% de los pacientes en la UCI, con un riesgo entre 5 a 10 veces más alto comparado con pacientes no ingresados en la UCI. Hasta un 70% de las infecciones nosocomiales son causadas por gérmenes resistentes al menos a un antibiótico. Este tipo de pacientes precisan estancias hospitalarias más largas y tratamientos más agresivos, con una mayor morbilidad y aumento de costes.
-La implantación de un Programa de optimización de uso antibiótico (PROA) tiene como objetivos: estandarizar el manejo de los pacientes siguiendo protocolos basados en la evidencia, establecer unos criterios de selección, dosificación, vía de administración y duración del tratamiento antibiótico. Todo ello sirve para mejorar los resultados clínicos, minimizar los eventos adversos, disminuir el uso antibiótico, la selección de gérmenes, la resistencia antibiótica y el consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar el manejo de los pacientes que precisan tratamiento antibiótico.
- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos Guías de práctica clínica de tratamiento antibiótico de las infecciones, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Españolas de Medicina Intensiva y de Enfermedades infecciosas y de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y el grupo PROA del hospital
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la optimización del uso antibiótico en el sistema de información clínica (SIC) de la UCI. (Recogida de cultivos precoz, administración temprana de antibióticos siguiendo recomendaciones PROA, posterior ajuste en función de cultivos y CMI, ajuste dosificación en función de farmacocinética, monitorización de duración de tratamiento, paso a vía oral si hay indicación).
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.
- Reducir la aparición eventos adversos: toxicidad por tratamiento antibiótico, infecciones nosocomiales y gémenes multirresistentes.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el uso antibiótico

MÉTODO

- Estandarizar los criterios diagnósticos de las infecciones.
- Ofrecer a los facultativos los protocolos de manejo de tratamiento antibiótico elaborados por el grupo PROA del hospital para las infecciones en UCI.
- Sistematizar y registrar las medidas de optimización del tratamiento antibiótico.
- Monitorizar la selección de gérmenes, la aparición de gérmenes multirresistentes y la infección nosocomial.
- Sesiones de formación al personal de UCI y a los de nueva incorporación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0218

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

INDICADORES

- N° pacientes que cumplen protocolo para recogida de muestras / N° total de pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes que siguen pauta tratamiento antibiótico según Guías Clínicas / N° total de pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con ajuste antibiótico según cultivo y CMI / N° total de pacientes con cultivo positivo x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con ajuste según función renal / N° pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con adecuada duración de tratamiento antibiótico / N° pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Estándar de calidad: 100%

DURACIÓN

- Fecha de inicio: Marzo 2019
- Fecha de finalización: Febrero 2020
- Elaboración y difusión del proyecto: Marzo - Abril 2019
- Puesta en marcha del proyecto: Mayo 2019
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
- Análisis final de resultados: Febrero 2020

Responsables

- Equipo médico de UCI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0220

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN PEREZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
MONTON DITO JOSE MARIA
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FUERTES CATALAN TERESA
GIMENEZ MORA ROSA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Constituimos un Grupo de Seguridad Clínica en la UCI formado por miembros del equipo médico y de enfermería.-Elaboramos un Protocolo de: Identificación de Acontecimientos Adversos (AA), en el que definimos los conceptos de: cuasi-incidente, incidente, evento adverso y evento centinela; y Análisis de los AA (estableciendo un sistema de prioridad de análisis según la gravedad asignada).-Creamos un Sistema de Registro integrado en el Sistema Informatizado de Gestión Clínica (SIGC) en la UCI.-Realizamos Sesiones Clínicas de difusión del Proyecto para el personal médico y de enfermería de la UCI.-Desde el mes de mayo de 2019 se ha implementado en nuestro Hospital el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del paciente (SiNASP) impulsado por el Ministerio de Sanidad, comenzando con Sesiones de formación on-line y presenciales. Por lo que todo el personal de nuestro Servicio ha realizado el Curso on-line del Ministerio, y hemos incorporado el acceso web al SiNASP a nuestro sistema de gestión clínica. Así pues, con ello unificamos nuestro registro de AA al de todo el hospital.-Hemos diseñado una serie de indicadores para monitorizar el proyecto, utilizando el Sistema de explotación de datos del SIGC.-Y tras el análisis de los AA por el Grupo de Seguridad de la UCI, hemos implementado medidas de prevención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizando los datos registrados en el año 2019 mediante el SIGC.Se incluyeron un total de 311 pacientes. Se notificaron 105 incidentes en 65 pacientes.La edad media fue de 70 años.La mediana de APACHE II 17.El motivo de ingreso en un 80% médico.La duración de la estancia en UCI de 4,1 días.La mayoría de los incidentes ocurrieron durante el día.Los principales tipos de incidentes se relacionaron con: errores con la medicación (28%),fallos de aparatos o equipos (15%),infecciones nosocomiales (13%),tubos, catéteres y drenajes (10%), fallo en el manejo de la vía aérea (10%), errores diagnósticos (10%), procedimientos invasivos (9%) y de cuidado de los pacientes (5%).El 20% de los incidentes fueron incidentes sin daño y un 80% incidentes con daño o eventos adversos (EA).La severidad de los EA:12% menores (mínimo daño, no requirieron tratamiento), 55% moderados (daño que requirió tratamiento) y 33% severos (daño a largo plazo),ninguno causó la muerte.El 85% se consideraron evitables o potencialmente evitables.Los principales factores contribuyentes estuvieron relacionados con:la comunicación,el trabajo en equipo,la educación y el entrenamiento,los profesionales y las condiciones de trabajo.Se introdujeron una serie de planes de mejora:Revisión,elaboración e implementación de guías y check-lists.Introducción de estrategias de prevención como reuniones programadas de entrenamiento con el aparataje.Promoción del trabajo en equipo y la comunicación para optimizar el cuidado de los pacientes.Adecuación de las cargas de trabajo.Todo ello con el objetivo de reducir el riesgo para el paciente y estandarizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos y cuidados del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Alcanzamos los objetivos de los estándares marcados en los indicadores medidos:analizamos todos los AA acontecidos y realizamos un registro completo de los mismos en el formulario integrado en el SIGC y desde el mes de octubre también en el SiNASP.Todo ello ha servido para:Unificar los criterios de actuación de los trabajadores de la unidad y disminuir la variabilidad clínica,estandarizando todas las medidas y actividades de detección, notificación y análisis de los AA.Establecer medidas de prevención,cambiando tareas y procedimientos.Y generar una cultura de preocupación por la seguridad en la UCI,mejorando la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0220

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

Autores:

PEREZ MARTINEZ MARIA DEL CARMEN, MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, MONFORTE SORIANO ENCARNA, FUERTES CATALAN MARIA TERESA, GIMENEZ MORA ROSA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologia como consecuencia del efecto adverso
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el enfermo y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de múltiples fármacos, el stress y la fatiga de los profesionales y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales, hace que los enfermos críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran acontecimientos adversos (AA).
- Uno de los indicadores más importantes de la seguridad del enfermo es el índice de acontecimientos adversos (AA) relacionados con la práctica de la medicina
- Actualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo está desarrollando un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos (SiNASP), cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar todas las medidas y actividades de detección, notificación y análisis de los AA.
- Sistematizar la información y facilitar la identificación y registro de los AA.
- Crear un sistema de registro en el sistema de información clínica (SIC) de la UCI de los distintos AA, según SINAPS

- Facilitar el análisis y la revisión de los AA monitorizados y del impacto de las intervenciones sobre su incidencia.
- Establecer medidas de prevención.
- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de los AA en la UCI del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, para comparar con estándares de calidad.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de AA.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Generar una cultura de preocupación por la seguridad en la UCI.

MÉTODO

- Definir concepto de acontecimiento adverso.
- Instaurar un protocolo de identificación y notificación de los AA y su registro en el SIC.
- Implantar una metodología de análisis de AA (cuándo y cómo se han producido, cómo se han detectado, qué factores han influido en su aparición o han limitado sus consecuencias).
- Establecer un sistema de valoración de la magnitud e importancia de los AA según el sistema del SINAPS.
- Monitorización de los indicadores.
- Puesta en marcha de una política de prevención.
- Formación inicial y continuada del personal en el sistema de gestión del riesgo clínico (detección, notificación, análisis y prevención).

INDICADORES

- nº de pacientes con acontecimientos adversos analizados / nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos x 100
Estándar: 100%

- nº de pacientes con registro completo de acontecimientos adversos / nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos x 100
Estándar: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0220

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fuente de datos:

- Historia clínica
- Hoja de registro de AA (Vista de "eventos" del SIC)

DURACIÓN

- Abril 2019: Elaboración y difusión proyecto
- Mayo - Junio 2019: Puesta en marcha del proyecto
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Febrero 2020: Análisis de resultados

Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0874

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SERGIO ZABALA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL
FERRER PEREZ ANA ISABEL
CAÑELLAS MARTORELL JAIME
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER
GARZARAN TEIJEIRO ANA
FONSECA LOPEZ CHERPENTIER
VILLANUEVA GIMENO MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se han realizado las actividades previstas en el Proyecto de Mejora. No se ha producido el Momento 0 del cronograma previsto en el Proyecto de Mejora. No se ha puesto a disposición del Proyecto de Mejora el único recurso solicitado para ello: un efectivo profesional más a incorporar a Medicina Interna para llevar a cabo la actividad asistencial contemplada en el Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado ningún resultado de los marcados como objetivos en el Proyecto de Mejora al no ponerse en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al no ponerse a disposición del equipo de Medicina Interna el efectivo profesional contemplado en el Proyecto de Mejora, aceptado e incorporado al Acuerdo de Gestión por la Dirección de nuestro Hospital y ratificado por el resto de instancias superiores de nuestro Organismo Autónomo, no se ha podido llevar a cabo dicho Proyecto, con la pérdida de oportunidad en la mejora de la atención a prestar a los pacientes oncológicos hospitalizados en nuestro centro. Este Proyecto de Mejora mantiene su vigencia, su factibilidad y su oportunidad en el futuro inmediato si se pone por parte de las instancias directivas de nuestro Organismo Autónomo a disposición del equipo de Medicina Interna (que mantiene su voluntad de llevarlo a cabo) el recurso de un internista para desarrollar las actividades asistenciales en él contempladas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Autores:
ZABALA LOPEZ SERGIO, SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL, FERRER PEREZ ANA ISABEL, CAÑELLAS MARTORELL JAIME, LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER, GARZARAN TEIJEIRO ANA, FONSECA LOPEZ CHERPENTIER, VILLANUEVA GIMENO MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACIÓN.
El modelo de Asistencia Compartida (Comanagement) implica que dos especialistas diferentes compartan la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0874

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

responsabilidad en la atención del mismo enfermo ingresado. Agiliza la atención médica sin necesidad de interconsulta durante la hospitalización.

El 20% de enfermos con cáncer tiene más de 65 años y otras patologías asociadas.

Los enfermos oncológicos ingresan por infecciones relacionadas con quimioterapia, complicaciones médicas asociadas a progresión de patología oncológica, o de sus comorbilidades.

Un 20% de los pacientes ingresados en Medicina Interna son diagnosticados de neoplasia, precisando evaluación completa para decidir si son candidatos a tratamiento antineoplásico.

Se estima que 8 de cada 10 pacientes oncológicos al final de su enfermedad, una vez desestimado continuar tratamiento antineoplásico, ingresan en Medicina Interna.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Mejorar la atención del enfermo oncológico hospitalizado, su calidad de vida y la de sus familiares mediante asistencia compartida entre oncólogos e internistas.

Disminuir interconsultas hacia otras especialidades evitando una asistencia fragmentada, con múltiples indicaciones por diferentes especialistas.

Conseguir una mejor calidad asistencial, disminución del gasto sanitario, y racionalización del uso de los recursos hospitalarios.

Desarrollar, en beneficio del enfermo y su calidad de vida, capacidades específicas para compartir y coordinar decisiones en distintos ámbitos asistenciales del sistema.

MÉTODO

El modelo propuesto asigna al internista como médico responsable, actuando el otro especialista como consultor.

El internista debe tratar enfermedades asociadas según comorbilidades previas y complicaciones médicas relacionadas con el ingreso. Competencia exclusiva del oncólogo son las decisiones acerca del tratamiento antineoplásico, y cuidados más específicos derivados de estos procedimientos.

- Funcionamiento.

Un internista como médico responsable del enfermo oncológico ingresado en jornada laboral de lunes a viernes.

Resto del tiempo, la asistencia dependerá del equipo de guardia del Área Médica a criterio del internista responsable, que facilitará la información y recomendaciones.

A primera hora, reunión con Oncología, para coordinar la actuación en los nuevos pacientes ingresados, y comunicar las evoluciones en los ingresados previamente.

- Procedencia de los enfermos.

I. Paciente ingresado en la Sección de Medicina Interna con diagnóstico de neoplasia durante ese ingreso. Se presentará en Comité de Tumores, para evaluación de actitud terapéutica.

II. Paciente ya diagnosticado, controlado por Consultas de Oncología, en tratamiento activo y remitido para ingreso. Aportará informe que detalle motivo del ingreso, juicio diagnóstico, actitud terapéutica, diagnóstica y pronóstico.

III. Paciente ingresado desde Urgencias, no remitido desde Consultas de Oncología. La asistencia inicial dependerá del equipo de guardia del Área Médica. Tras la asignación al internista, éste comunicará el ingreso a Oncología y se tomarán de forma conjunta las decisiones del tratamiento a seguir.

- Alta y destino de los enfermos.

El informe de alta será consensuado por ambos especialistas, especificando motivo del ingreso, exploraciones complementarias, evolución, diagnóstico y plan de tratamiento. Se estratificará la asistencia posterior al alta según necesidades de niveles de cuidados.

INDICADORES

Monitorización semestral de:

- Número de pacientes con asistencia compartida atendidos.
- Número de reuniones de ambas especialidades para identificar áreas de mejora (3 ó más al año) desde el inicio de la implantación del proyecto.
- Estancia media.
- Éxito durante el ingreso.
- Destino al alta: domicilio, Hospital San José, ESAD.

Criterios de evaluación: Mejora y mantenimiento de indicadores.

DURACIÓN

CRONOGRAMA

Momento 0: Incorporación de un efectivo más en la Sección de Medicina Interna para la atención compartida a pacientes oncológicos hospitalizados.

0+1 día: Reunión para el inicio de la asistencia compartida.

0+6 meses: Análisis intermedio de actividad. Reunión de las partes para valoración de medidas de corrección y mejora.

0+12 meses: Análisis final de actividad y de resultados. Reunión de balance. Medidas de corrección y mejora.

0+13 meses: Memoria final del proyecto.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0874

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES GOMEZ RUCIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCUSA JULIAN MILAGROS
DOÑATE GONZALVO ROSANA
FUERTES CASTILLO SONIA
BARRERA GOMEZ ALEJANDRA
FERNANDEZ ESPARZA CESAR IGNACIO
PEINADO GARCIA JENIFER
CONEJOS MARQUES ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Partimos de unos antecedentes al proyecto y para ello nos remontamos al estudio elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su análisis sobre prevalencia de caídas durante hospitalización con mayor frecuencia en servicios de Medicina Interna, determinó que los sucesos que se producen en el paciente en contra de su voluntad, son en su gran mayoría, totalmente independientes de la patología que presenta al ingresar a una unidad de salud, considerando importante tomar una serie de medidas preventivas que permitan la reducción de estos eventos durante la estancia hospitalaria del paciente. (OMS, 2014,p. 1)

La población que se considera más vulnerable o susceptible a sufrir una caída sin duda alguna, son aquellos que necesitan un apoyo adicional de otra persona o cuidador. En este grupo se incluyen personas de todo tipo de edad sin excepción alguna dependiendo de la patología que tengan, sumándose a este grupo personas con alteraciones psicológicas, físicas y que requieran presencia de otro familiar.

La escala J. H. DOWNTON, validada por la OMS, recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, se la considera de fácil uso, facilita al personal de Enfermería la identificación en forma oportuna de riesgos a los que está expuesto todo usuario que ingrese a hospitalizarse.

Dicha escala es considerada como una de las más aptas para reducir los factores de riesgo a sufrir una caída y es aceptada a nivel mundial para la aplicación en Unidades Hospitalarias, destacándose por abarcar diferentes grupos de riesgo que provocan al paciente ser susceptible a sufrir un evento adverso como es la caída. Por lo cual, se concluyó que es importante aplicarla de forma correcta como medida de prevención en cada paciente.

Dado que este año 2019, se ha elaborado el documento de Gestión Integral de Caídas para aplicar en todas las Unidades del Hospital Obispo Polanco de Teruel, desde la Unidad de Medicina Interna, se pretende su aplicación y monitorización estricta para conocer las principales causas que potencian el riesgo a sufrirlas en nuestro Hospital, con el fin de poder actuar sobre ellas y disminuir así la incidencia con respecto a años anteriores. Pensamos que es una labor multidisciplinar que requiere de conocimiento e implicación de todo el personal que trabajamos en esta Unidad, siendo cada uno parte responsable e indispensable para evitar el evento adverso y así optimizar la estancia de los pacientes durante su ingreso hospitalario.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

? El proyecto comienza con la elaboración de unos objetivos:

- OBJETIVO GENERAL:

Corroborar la adecuada implementación de la Escala de Downton, reduciendo el riesgo de caídas y los efectos derivados de las mismas dentro del Servicio de Medicina Interna.

-OBJETIVOS ESPECÍFICOS que nos planteamos al inicio y durante todo el proceso de la Valoración:

- Sistematizar la información adecuada sobre el uso de la escala con el fin de que genere seguridad al paciente durante la atención hospitalaria, reduciendo eventos adversos en relación a la aplicación de la Escala de Downton en el paciente por parte del personal de enfermería.

- Determinar la situación real sobre el nivel de conocimientos del personal de la unidad en relación a la escala de Downton.

- Reducir el número de caídas en la Unidad de Medicina Interna, respecto al año anterior.

- Conocer los factores potenciales y reales que intervienen en este efecto adverso, con el fin de influir de manera decisiva en ellos, para que no se produzca la caída.

- Dar a conocer a la totalidad de profesionales que trabajan en nuestra Unidad, el proyecto realizado, las medidas a tomar, conocimiento de escalas para valorar, recursos materiales y personales de los que disponemos... y así hacerlos partícipes en la prevención de caídas. De la misma manera. Y en la medida de lo posible, involucrar al paciente y/o cuidador como parte fundamental a la hora de evitar caídas en el medio hospitalario.

- Establecer un registro estricto de caídas, con el fin de poder determinar de manera exhausta las causas que dieron lugar a la caída. Así estudiar cada caso, para influir en los motivos reales que llevaron al efecto adverso.

? Se establece un calendario y distribución/duración de las Tareas a realizar:

Comienzo del proyecto: 1 de marzo a 31 de diciembre de 2019.

1ª. Marzo: Reunión de los responsables del proyecto para compartir ideas.

2ª Abril: Propuesta del proyecto a la Dirección de Enfermería para su inclusión en el Programa de Gestión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

la Unidad de Medicina Interna 2019.

3ª Junio a Septiembre: Revisión de los datos recogidos hasta la fecha y análisis de incidencias.

4ª Diciembre: Se termina la recogida de datos. Análisis de los mismos. Se sacan las conclusiones.

?

Actividades realizadas:

- Al comienzo de la elaboración de este proyecto, se analiza la situación actual y se define la distribución de tareas. Entendiendo todo el grupo la importancia sobre la implicación de todos los miembros en el mismo. Marzo 2019

- Para llevarlo a cabo se decidió realizar un estudio descriptivo transversal del número de caídas en 2019. Período de estudio de abril a diciembre. Campo de acción: Riesgo de Caídas. Línea de investigación: Proceso de Atención Integral de Enfermería. Población a estudio: Pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna. Muestra evaluada: 223 pacientes, con una edad media de 73 años en varones y 77 años en mujeres.

- Se diseña y se realiza una encuesta a Enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, para conocer cuál es el punto de partida del personal sobre los conocimientos acerca de la Escala de Downton. (Anexo 1) Julio 2019. Se pasa encuesta entre el personal de la unidad para conocer el nivel de conocimientos.

- Con los datos recopilados durante los nueve meses de pacientes ingresados en la Unidad, y la utilización del Programa SPSS, se elaboran las tablas y gráficos oportunos para poder recoger y analizar los datos (se registra los recogidos el día de corte).

Indicadores recogidos: nº de pacientes con Downton/ nº de pacientes ingresados.

Medición e Interpretación de los valores del Downton según codificación, considerando (3 o más = Alto Riesgo de caída; 2 = Riesgo de caída medio; 0 a 1 = Bajo Riesgo de caída). (Anexo 2) y (Anexo 3)

Septiembre 2019. Revisión de datos recogidos hasta la fecha y de las incidencias.

Diciembre 2019. Se evalúan todos los datos y se establecen conclusiones, presentadas en este Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? De la encuesta realizada al Personal de Enfermería de la Unidad, respecto a los conocimientos acerca de la Escala de Downton, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Conocen la Escala de Downton: 60%.
- Saben para que se utiliza y cuál es su finalidad: 55%.
- La han utilizado en alguna ocasión: 65%.
- Si reevalúan durante el ingreso: 50%.

? Entre los datos anuales obtenidos por corte mensual y tras evaluar las caídas, así como las puntuaciones según codificación de Downton en cada uno de los pacientes. Se concluyen los siguientes datos: Se considera que 94 pacientes tienen Downton (>=3) Riesgo Alto. Que 61 pacientes tienen Downton (2) Riesgo Medio y que 64 pacientes tienen Downton (0-1) Riesgo Bajo. Del total de pacientes ingresados el 98,65% tienen evaluado el Downton al ingreso. (Anexo 3)

? Respecto a las caídas producidas en el año 2019 contamos con 4 caídas, un 33,4% menos de caídas respecto al año 2018. Se profundiza en el estudio detallado de los factores posibles desencadenantes de las mismas y se concluye que; 3 de ellas tenían Riesgo Alto de sufrir la caída y una de ellas tenía Riesgo Moderado. Teniendo en cuenta que en 2018, se recogían datos de caídas, pero no se evaluaba el Riesgo de caída, no podemos establecer comparación de los factores potenciales entre ambos años. Únicamente podemos recoger que los factores de riesgo predominantes en el año 2019 recogidos con la utilización de la Escala, han sido los siguientes: El 100% de los pacientes que han sufrido caída, contaban con Deambulación insegura. El 100% presentaban Estado Mental orientado. El 75% presentaban déficits sensoriales. En cuanto al factor predisponente referido a toma de medicamentos, el 75% tomaban hipotensores, el 25% tomaba diuréticos, el 25% tomaba tranquilizantes-sedantes. Ninguno de ellos había tenido caídas previas y todos ellos estaban acompañados. En todos ellos se habían aplicado las medidas preventivas oportunas.

Fuentes de datos utilizados en el estudio: Escala Downton, Hoja de registro de caídas. Hoja de valoración de Enfermería e Historia Clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la Unidad de Medicina Interna del H. Obispo Polanco, al igual que en la mayoría de sus unidades de hospitalización se realiza una valoración integral del paciente según las necesidades Básicas de V. Henderson, a excepción de la Unidad de Agudos de psiquiatría que se realiza la Valoración según M. Gordon. Para conocer el riesgo de caídas y poder anticiparnos a su prevención se utiliza la Escala de Downton, desde 2019, anteriormente únicamente se registraban las caídas producidas.

Vemos la necesidad de elaborar una sesión clínica, para dar a conocer en su totalidad la Escala de Downton y su fundamental puesta en marcha en nuestra Unidad, como medida excepcional para evitar las caídas, ya que los profesionales de Enfermería están involucrados por desempeñar acciones de cuidado, tanto directo como indirecto, que pueden estar asociadas a la presencia de riesgos para la salud del paciente. En los datos estudiados se concluye que un elevado porcentaje de los profesionales desconoce que se tiene que hacer reevaluación de la Escala y en qué momento hacerla.

Las soluciones de esta iniciativa, se dirigen al nivel específico donde el buen diseño del proceso pueda

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

disminuir las caídas de los pacientes durante su hospitalización. A su vez, estaríamos mejorando la Seguridad al Paciente, generando un entorno seguro, desarrollando los mecanismos de apoyo que ayuden a disminuir el riesgo de caídas durante la hospitalización y mejorando la mayoría de problemas en diferentes niveles que tienen los pacientes en su estancia en la Unidad de Medicina Interna.

Partiendo de la base necesaria de promover la Seguridad del Paciente durante la hospitalización, consideramos imprescindible que el personal de Enfermería y Técnicos en Cuidados de Enfermería, estén totalmente familiarizados con la Escala, siendo el pilar fundamental para valorar el riesgo de caídas y evitar en gran medida que estas se produzcan. Para ello, y tras este estudio se considera oportuno:

- Realizar una sesión clínica en la Unidad con la totalidad del personal de enfermería, para dar a conocer de manera íntegra los resultados obtenidos.

- Asesorar sobre la correcta aplicación de la Escala en todos los pacientes en el momento del ingreso, así como la reevaluación siempre que se produzca una modificación en su Tto., estado general (tanto físico como mental), o deterioro de salud.

- Actuar directamente sobre todos los factores que sean modificables a nuestro alcance, para prevenir o evitar las caídas en el ingreso (consejos al cuidador y al paciente, informar al personal de Trabajo Social del centro para conocer si es posible contar con apoyo de cuidador en los casos que se consideren con riesgo Medio y Alto, poner a disposición del paciente con riesgo Medio/Alto la utilización de andadores, sillas de ruedas, insistir en la no movilización si no está indicado por prescripción médica o si no está acompañado...)

De esta manera se puede generar una solución parcial, no total; debido a que la problemática del estudio no depende en su totalidad en el conocimiento e importancia del impacto de esta Escala dentro de la Unidad, ya que existen factores ajenos al personal, que se consideran como factores de riesgo casi impredecibles.

Por otro lado se han realizado búsquedas bibliográficas sobre el uso de la Escala de Evaluación del Riesgo de Caídas, se cita especialmente un párrafo de la siguiente revisión, por coincidir con los miembros de este Proyecto en la facilidad de uso de la Escala pero en alguno de los problemas encontrados al aplicarla, posiblemente por desconocimiento del personal. RevCalidAsist.2015;30(4):195--202

"Hay que tener en cuenta que, en general, es difícil predecir con exactitud el riesgo de caídas de los pacientes agudos hospitalizados que se encuentran sometidos a factores de riesgo externos propios del entorno hospitalario, que no son tenidos en cuenta por este ni por ninguno de los instrumentos de valoración existentes. Además, estudios previos sostienen que la valoración del riesgo de caídas solo en el momento del ingreso no captura los cambios en la situación clínica de los pacientes ocurridos durante la hospitalización, siendo bastante frecuente que las personas mayores, especialmente, puedan llegar a estar más desorientadas, agitadas, o que su funcionalidad disminuya durante la estancia hospitalaria, incrementándose el riesgo de caída³¹. La fase aguda de la enfermedad y los cambios en la medicación afectarán a la movilidad y al estado físico y cognitivo, por lo que un instrumento de uso fácil y rápido es necesario para permitir repetidas evaluaciones en este tipo de pacientes³²"

BIBLIOGRAFIA.

- Protocolo de caídas. Elaborado por grupo de trabajo del H. Obispo Polanco de Teruel 2019
- Aranda M, Morales JM, Canca JC, Morales A, Enriquez de Luna M, Moya AB et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton.Rev.Calid. Asist.2015;30(4):195-202
- Agencia Valenciana de Salud. Prevención de las caídas del paciente hospitalizado en el HGUA.2012[consultadoNov.2019].Disponible en: <http://bit.ly/lxdmfpZ24>.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal Comunidad de Madrid. Protocolo general de caídas. 2005[consultado 14 Nov 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/lxdmld25>.
- Organización Mundial de la Salud. Caídas. FactSheetno344.OMS. 2012[consultado 14 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/lborlr3>

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1210 ===== ***

Nº de registro: 1210

Título
IMPLANTACION DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACION DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL H.OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES, ESCUSA JULIAN MILAGROS, PEINADO GARCIA JENIFER, FERNANDEZ ESPARZA CESAR IGNACIO, DOÑATE GONZALVO ROSANA, BARRERA GOMEZ ALEJANDRA, CONEJOS MARQUES ANA CRISTINA, FUERTES CASTILLO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente pluripatologico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es este año en el que se ha elaborado el documento de Gestion Integral de Caidas para aplicar en todas las Unidades del Hospital Obispo Polanco, desde la Unidad de Medicina Interna se pretende su aplicacion y monitorizacion estricta para conocer las principales causas que potencian el riesgo a sufrirlas, con el fin de poder actuar sobre ellas y disminuir la incidencia respecto al año anterior.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la incidencia en el número de caídas potencialmente evitables respecto al año anterior.
Conocer el nº de pacientes con Escala de Downton evaluada el día de corte sobre el 100%de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna. Conocer los motivos reales y potenciales ante una caída.

MÉTODO
Presentación del documento de la Gestion Integral de Prevencion de Caidas al personal de la Unidad. Dar a conocer el objetivo de este Proyecto de Calidad. Elaborar una Hoja de registro adaptada al documento de Gestión integral de caidas, que permita la monitorización estricta de los parametros a medir. Recursos previstos: Hoja de registro de caídas, Escala de Downton, Historia clinica, Hoja de valoracion de enfermeria, Medidas de proteccion (barandillas, andador, etc).

INDICADORES
Nº caidas en 2018/Nº caidas 2019.
Nº pacientes con Downton evaluado/Nº total de pacientes ingresados.
Fuente de datos: Escala Downton en hoja de grafica de constantes. Hoja de registro de caidas.
Meta: Cero caidas en pacientes ingresados en Medicina Interna con Downton >=3.

DURACIÓN
Comienzo del proyecto: 1 de marzo a 31 de diciembre de 2019
Los miembros del Proyecto.
Calendario previsto :
1ª. Marzo (reunión de los responsables del proyecto para compartir ideas.)
2ªAbril (elaboración y presentación del proyecto a la Dirección de Enfermería)
3ª Junio y Septiembre (revisión de los datos recogidos y análisis de incidencias)
4ª Diciembre (análisis de datos y conclusión de resultados .Presentación de los mismos a Dirección de Enfermería).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ SANTOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNAD USON MARIA ANTONIA
VAZQUEZ VICENTE CARMEN
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Marzo 2019: Elaboración y valoración externa de un cuestionario para valorar los conocimientos y actitudes de los facultativos ante las EDO, así como la importancia que conceden a su notificación.
- Marzo 2019: Acuerdo con la Dirección para incluir en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados, un indicador relacionado con la notificación de EDO.
- Marzo 2019: Solicitud de acceso a la aplicación informática para gestión de la historia clínica de urgencias (PCH) para revisión semanal de los diagnósticos y verificar la notificación de EDO individualizadas y declaración de las numéricas.
- Marzo de 2019: Distribución del cuestionario por correo electrónico desde la Dirección del hospital para su cumplimentación por facultativos de los diferentes Servicios.
- Abril 2019: Diseño de material informativo relacionado con las EDO, el tipo de declaración y el modo de notificación, colocándolo en los despachos médicos de las diferentes Unidades Asistenciales, e informando verbalmente de su contenido y los objetivos a conseguir.
- Abril 2019: Distribución de formularios de declaración individualizada de las EDO más frecuentes en cada Unidad Asistencial.
- Mayo 2019: Nueva distribución del cuestionario por correo electrónico desde la Dirección del hospital, para su cumplimentación por los mismos profesionales que lo hicieron anteriormente, con el objetivo de valorar la modificación de conocimientos e impresiones.
- Mayo 2019: Envío de un enlace a la dirección web de las EDO de Aragón para la ubicación de ésta como acceso directo en uno de los ordenadores de cada despacho.
- Agosto-Septiembre 2019: elaboración, aprobación y difusión de un "Protocolo de actuación para la notificación de enfermedad meningocócica y la gestión de contactos no profesionales", participando profesionales de Medicina Preventiva, Medicina Interna, Neurología y Urgencias, y revisado y consensuado con los responsables de la Sección de Vigilancia Epidemiológica de Teruel.
- Mayo-Noviembre 2019: Estudio de la notificación de EDO, comparando los resultados con los de años anteriores.
- Diciembre 2019: Comunicación de los resultados y conclusiones a la Dirección del hospital y los facultativos de los principales Servicios implicados en la notificación de EDO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos fue el siguiente:

Estructura:

% Unidades Asistenciales con material informativo y formularios impresos ... 100 %.

Proceso:

% Unidades Asistenciales a las que se distribuyó el cuestionario ... 100 %.

Resultado:

% EDO urgentes notificadas adecuadamente 34,8 %.

% EDO individualizadas notificadas adecuadamente 56,8 %.

% EDO notificadas ante sospecha 84,1 %.

Se solicitó la respuesta del cuestionario inicial a 40 profesionales, recibiendo 16 cuestionarios cumplimentados (40 %). Tras el nuevo envío del cuestionario, después de la distribución del material informativo, se obtuvo respuesta únicamente de uno de los facultativos, lo que imposibilita realizar un análisis para valorar si las actividades formativas e informativas resultaron efectivas en cuanto a la mejora de los conocimientos sobre las EDO en Aragón y su notificación.

A pesar de que se acordó incluir un indicador relacionado con la notificación de EDO en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados, finalmente no se ha llevado a cabo esta medida.

Al realizar el análisis comparativo de los resultados del estudio con los de los años 2017 y 2018, se observa que:

- el % de EDO urgentes notificadas adecuadamente fue del 34,8 % (8 de 23) notablemente superior al 4,3 % (1 de 23) de 2018 y el 5 % (2 de 40) de 2017. En 2019 correspondieron a brotes 15 de las EDO, 17 en 2018 y 36 en 2017.

Solamente en 2019 se cumplimentaron las correspondientes encuestas de pacientes involucrados en algún brote.

- las notificaciones individualizadas (tanto urgentes como no urgentes) en las que el facultativo que atendió al paciente cumplimentó la encuesta se incrementaron hasta el 56,8 % (25 de 44) en 2019, respecto al 11,1 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

(5 de 45) en 2018, y el 10,7 % (9 de 84) en 2017.

- tras la realización de las actividades de este Proyecto, se notificaron ante sospecha el 84,1 % (37 de 44) de las EDO individualizadas, en 2018 el 86,7 % (39 de 45) y en 2017 el 80,9 % (68 de 84).

- en 2019 no se ha comunicado al hospital desde la Sección de Vigilancia Epidemiológica que se hayan dejado de notificar EDO, hecho que sí se produjo a través de escritos a la Dirección del Hospital tanto en 2017 como en 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayoría de los profesionales que cumplimentaron los cuestionarios consideraron muy importante la adecuada notificación de las EDO, aunque resulta muy complicado que los facultativos lo consideren como una parte más de la atención a sus pacientes. Más de la mitad manifestaron desconocer las actuaciones en salud pública derivadas de sus notificaciones, lo que puede suponer una falta de motivación y constituye un área de mejora importante en lo que se refiere al feedback desde Salud Pública, bien de forma individualizada a los declarantes o por Servicios. Informar y concienciar a los profesionales sanitarios de que la notificación de EDO forma parte de su labor asistencial, y que no solamente es una obligación, sino que no hacerlo adecuadamente puede dificultar el control y la prevención de las enfermedades transmisibles y brotes, puede contribuir a que disminuya la infranotificación. Así, tras las ocho tuberculosis notificadas entre 2014 y 2015 desde el hospital, en tres de los estudios de contactos se detectaron un total de seis casos de tuberculosis, lo que contribuyó decisivamente a impedir la diseminación de la enfermedad.

Proporcionar información y disponer de recuerdos en el lugar de trabajo de las EDO y su modo de notificación, así como facilitar el acceso a las encuestas, favorecen la adecuada notificación.

La implicación y colaboración de la Dirección es fundamental para conseguir involucrar a los facultativos en la gestión de las EDO.

La inclusión de alertas en el PCH que, ante la introducción de la impresión diagnóstica advierta que es una EDO de declaración individualizada (urgentes y no urgentes), podría contribuir a mejorar la adecuada notificación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/661 ===== ***

Nº de registro: 0661

Título
IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Autores:
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, BERNAD USON MARIA ANTONIA, VAZQUEZ VICENTE CARMEN, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA, ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, PEREZ HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), cuya finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población, constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

El Decreto 222/96, de 23 de diciembre de 1996, del Gobierno de Aragón, regula la vigilancia epidemiológica en Aragón. En este Decreto se establecen las modalidades y procedimientos de declaración de las EDO, los responsables de la notificación, la periodicidad de la declaración, así como la lista de EDO y cómo debe declararse cada una de ellas.

La notificación de las EDO forma parte de la labor asistencial de los profesionales sanitarios. No declarar estas enfermedades, o su infranotificación supone un problema para el propósito del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que es conocer de forma precoz los posibles cambios de tendencias de las EDO y proporcionar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

información rápida y fiable, que posibilite acciones destinadas al control y la prevención de las enfermedades transmisibles y brotes.

Diversos estudios señalan como factores que influyen en la infranotificación la creencia de que la notificación no forma parte de la actividad asistencial del facultativo que atiende al paciente, el desconocimiento de las enfermedades a notificar y de su importancia, la falta de tiempo, la dificultad de acceso a los formularios, o la falta de información de las acciones que se han llevado a cabo a partir de la notificación.

En el año 2018, la Sección de Vigilancia Epidemiológica comunicó a la Dirección del Hospital Obispo Polanco que no se había procedido a la notificación de algunos casos de EDO, remitiendo al hospital un escrito cuyo contenido se puso en conocimiento de los facultativos de los diferentes Servicios.

La realización de actividades formativas, la disponibilidad de material impreso en el lugar de trabajo o la transmisión a los facultativos de cuáles son las EDO y quién, cuándo y cómo se deben notificar, así como la concienciación de la importancia de esta tarea, puede contribuir a mejorar la adecuada notificación. Para la consecución de este objetivo es imprescindible la colaboración de la Dirección del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la notificación de EDO en el hospital.

MÉTODO

- Elaboración de un cuestionario para valorar los conocimientos y actitudes de los facultativos ante las EDO, así como la importancia que conceden a su notificación.
- Valoración externa del cuestionario y distribución a facultativos de todos los Servicios para su cumplimentación.
- Inclusión de un objetivo relacionado con la notificación de EDO en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados.
- Información a las Unidades Asistenciales sobre las EDO y la gestión de su declaración, dejando material impreso con las EDO urgentes y no urgentes, así como el tipo de notificación que debe llevarse a cabo.
- Distribución de formularios de declaración individualizada de las EDO más frecuentes en cada Unidad Asistencial, facilitando asimismo un enlace a la dirección web de las EDO de Aragón.
- Envío semanal a Medicina Preventiva de una base de datos en Excel con los diagnósticos de todos los pacientes atendidos en Urgencias. Revisión de los datos, verificación de la notificación de EDO individualizadas y declaración de las numéricas.
- Nueva distribución del cuestionario para valorar la modificación de conocimientos e impresiones.
- Estudio de la notificación de EDO, comparando los resultados con los de años anteriores.

INDICADORES

Estructura:

- % Unidades Asistenciales con material informativo y formularios impresos

Numerador: N° Unidades con materiales impresos x 100

Denominador: N° total Unidades

Proceso:

- % Unidades Asistenciales a las que se distribuyó el cuestionario

Numerador: N° Unidades a las que se distribuyó el cuestionario x 100

Denominador: N° total Unidades

Resultado:

- % EDO urgentes notificadas adecuadamente

Numerador: N° EDO urgentes notificadas adecuadamente x 100.

Denominador: N° EDO urgentes

- % EDO individualizadas notificadas adecuadamente

Numerador: N° EDO individualizadas notificadas adecuadamente x 100.

Denominador: N° EDO individualizadas

- % EDO notificadas ante sospecha

Numerador: N° EDO notificadas ante sospecha x 100

Denominador: N° EDO notificadas

DURACIÓN

Marzo 2019: Elaboración del cuestionario, valoración externa y distribución a las Unidades Asistenciales.

Abril 2019: Información sobre EDO en las Unidades Asistenciales y distribución de material impreso.

Mayo 2019: Nueva distribución del cuestionario.

Mayo-Noviembre 2019: Recogida de datos para estudio de adecuación en la notificación de EDO.

Diciembre 2019: Análisis de datos y comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CRIADO JORGE
VICENTE VICENTE ANA
NAVARRO BURIEL MARIA PILAR
BLAZQUEZ SUCH ADORACION
GASCON FUERTES ESTHER
ALARCON DIAZ LORENA
GONZALEZ LANZUELA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previo al inicio del proyecto se realizaron sesiones informativas a todos los miembros del proyecto y a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar dicho proyecto. Se realizó una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel para recoger los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente. Se incluyeron todos los pacientes prevalentes en hemodiálisis al inicio del proyecto en Junio 2018 e incidentes hasta finalizar el proyecto en diciembre 2019. Se ha cumplido el calendario previsto establecido en el proyecto, ampliándose durante un año más hasta diciembre 2019. Por este motivo se han realizado la recogida de todos los datos de los pacientes incluidos en el momento inicial, a los 6 meses y al año.

El tiempo dedicado a la atención de cada paciente se ha medido en condiciones basales, es decir, no se ha contabilizado los tiempos dedicados a la resolución de alarmas o contratiempos/ incidencias puntuales. Para medir estos tiempos hemos tenido en cuenta tanto las actividades realizadas por el personal de la unidad para cada paciente de forma directa (en contacto con el paciente) como aquellas llevadas a cabo de forma indirecta (necesarias para la correcta atención la paciente pero sin estar en contacto directo con el). Para contabilizar el tiempo dedicado a cada paciente en atención directa hemos tenido en cuenta los tiempos dedicados a las siguientes actividades: pesar a los pacientes antes y después del tratamiento, tumbiar a los pacientes en la cama o ayudarlos según el caso, levantarlos, conexión del paciente al monitor, toma de constantes, desconexión del paciente del monitor, curas, lavado del catéter, preparación de la medicación y el tiempo dedicado a repartir desayunos y meriendas y administrarlos si fuese necesario. Para contabilizar el tiempo en la atención de forma indirecta, hemos tenido en cuenta los tiempos dedicados a las siguientes actividades: montaje, desmontaje y limpieza del monitor, hacer la cama del paciente, pedir las dietas y preparación del material. Los tiempos se han redondeado a minutos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras revisar los resultados, hemos incluido 61 pacientes en el proyecto de calidad. De los que a 33 pacientes se han realizado las 3 valoraciones (basal, 6 meses y al año), a 13 pacientes solo 2 valoraciones y a 16 pacientes sólo 1 determinación. Esto se ha producido debido a la salida de algunos pacientes de hemodiálisis por fallecimiento o trasplante renal o al incluir pacientes incidentes en hemodiálisis en el último periodo del proyecto. Durante el proyecto ha fallecido 9 pacientes, se han trasplantado 4 pacientes y 2 pacientes se trasladaron a otros centros.

Al inicio del proyecto se incluyeron 45 pacientes, 11 hombres y 34 mujeres con una edad media de 74,5 años. Un 84.44% venían a hemodiálisis en taxi, un 11,16 % en ambulancia y un 4.4 % venían en su coche particular. Respecto del acceso vascular para hemodiálisis en 23 pacientes se utilizaba un catéter tunelizado y en 22 pacientes una fistula arteriovenosa autóloga. Respecto el índice de dependencia de Barthel al inicio 22 pacientes eran independientes, 11 presentaban una dependencia leve, 3 una dependencia moderada, 6 una dependencia grave y 3 una dependencia total. Con los resultados del test delta encontramos que 17 pacientes eran válidos, 14 asistidos leves, 6 asistidos moderados y 8 asistidos severos.

A los 6 meses se recogieron los datos de 47 pacientes, 32 hombres y 15 mujeres con una edad media de 75,6 años. Un 84% venían a hemodiálisis en taxi, un 11,75 % en ambulancia y un 4,25 % venían en su coche particular. Respecto del acceso vascular para hemodiálisis en 27 pacientes se utilizaba un catéter tunelizado y en 20 pacientes una fistula arteriovenosa autóloga. Respecto el índice de dependencia Barthel al inicio 19 pacientes eran independientes, 16 presentaban una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

dependencia leve, 5 una dependencia moderada, 4 una dependencia grave y 3 una dependencia total. Con los resultados del test delta encontramos que 15 pacientes eran válidos, 11 asistidos leves, 14 asistidos moderados y 7 asistidos severos.

Previo a la finalización del proyecto se analizaron 48 pacientes, 33 hombres y 15 mujeres con una edad media 75,5 años. Un 68.75 % venían a hemodiálisis en taxi, un 27% en ambulancia y un 4.16% venían en su coche particular. Respecto del acceso vascular para hemodiálisis en 26 pacientes se utilizaba un catéter tunelizado y en 22 pacientes una fistula arteriovenosa autóloga. Respecto el índice de dependencia Barthel al inicio 19 pacientes eran independientes, 15 presentaban una dependencia leve, 7 una dependencia moderada, 3 una dependencia grave y 4 una dependencia total. Con los resultados del test delta encontramos que pacientes 14 eran válidos, 13 asistidos leves, 12 asistidos moderados y 9 asistidos severos.

Según el índice de dependencia Barthel aproximadamente un 57% de los pacientes presentaban algún tipo de dependencia; de ellos un 20 % era de grado moderado o severo y un 7,1 % presentaba una dependencia total.

De los 46 pacientes a los que se realizó más de una valoración, 23 de ellos se mantienen en el mismo grado de dependencia, 21 pacientes aumentaron su grado de dependencia y 3 casos ha mejorado su grado de dependencia.

El tiempo medio dedicado a cada paciente por parte del personal e la unidad fue de 54 minutos incluyendo las acciones directas e indirectas, englobando todas las mediciones realizadas en los tres periodos de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de los principales hallazgos de nuestro proyecto de calidad ha sido que más de la mitad de los pacientes en nuestra unidad de hemodiálisis presenta algún grado de dependencia según los índices utilizados, que en casi un 30 % de los pacientes es de grado moderado o severo, con requerimientos de ayuda frecuente o permanente.

Como era de esperar los pacientes de mayor edad presentaban un mayor grado de dependencia y el tiempo desde que comenzaron en hemodiálisis no parece influir en el grado de dependencia.

Revisando los ítems de los índices realizados, hemos observado que los requerimientos de ayuda se deben fundamentalmente a déficit físicos, especialmente relacionada con necesidad de ayuda para la movilización y en menor medida a alteraciones conductuales.

Nos parece muy útil la realización de diferentes índices de dependencia en los pacientes de cualquier unidad de hemodiálisis de cara a evaluar su capacidad funcional, para poder aplicar programas de rehabilitación en los mismos y mantener o mejorar su movilidad.

En conclusión, en nuestra unidad de hemodiálisis atendemos a pacientes añosos con un importante grado de dependencia, lo que supone una mayor carga de trabajo para el personal sanitario y muy especialmente el de enfermería.

En ocasiones es difícil atender a este tipo de pacientes con el ratio de personal asignado. Con los datos obtenidos se podría intentar organizar la sala de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/204 ===== ***

Nº de registro: 0204

Título
EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, RUIZ CRIADO JORGE, VICENTE VICENTE ANA, HERNANDEZ ARNAU PEDRO JOSE, GASCON FUERTES ESTHER, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, ALARCON DIAZ LORENA, CAMELO HERNANDEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Otro Tipo Patología: Hemodialisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años, las características de los pacientes que inician una terapia de sustitución renal con hemodiálisis han cambiado debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La edad ha dejado de ser un criterio de exclusión para el inicio de Hemodiálisis, siempre que exista un pronóstico de vida superior a un año. Esto implica una mayor comorbilidad y un aumento de las necesidades de los pacientes de las unidades de hemodiálisis, estando íntimamente relacionado con el grado de dependencia de cada paciente. Los pacientes presentan una mayor discapacidad física, una menor autonomía y autocuidado, una mayor dificultad para conseguir un acceso vascular óptimo, un aumento de la necesidad de catéteres permanentes e incluso un aumento de curas locales por lesiones isquémicas.
El cuidado de los pacientes sometidos a hemodiálisis requiere de un equipo multidisciplinario, nefrólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, celadores, etc...
El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con los pacientes, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de dependencia funcional actual de nuestros pacientes. Comparar los resultados obtenidos al utilizar como instrumentos de valoración el índice de Barthel y el Test Delta (comprobar si hay diferencias en cuanto al grado o nivel de dependencia).
Adecuar y ajustar los cuidados que precisan los pacientes según su grado de dependencia.
Analizaremos la carga de trabajo del personal de enfermería para intentar organizar las salas de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

MÉTODO

Se realizarán sesiones informativas, previas al inicio del proyecto, a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel.
Se recogerán los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tiempo en hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente
Para evaluar el grado de dependencia se utilizarán el índice de Barthel y el Test Delta.

INDICADORES

Realizar ambos índices de dependencia a todos los pacientes prevalentes e incidentes en Hemodiálisis al iniciar el proyecto por parte del equipo de mejora para analizar la situación real de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.
Recoger todas las variables incluidas en la tabla Excel al inicio del proyecto.
Repetir los índices a los 6 meses, al año y tras algún ingreso de los pacientes para ver si existieran variaciones.
Adecuar los cuidados de nuestros pacientes y el grado de apoyo que necesitan según su grado de dependencia.
Organizar la distribución de los pacientes en nuestra unidad según su grado de dependencia y riesgo para mejorar e individualizar su atención por parte del personal de enfermería.

DURACIÓN

Durante el primer mes se realizarán sesiones informativas a todo el personal de la unidad para explicar el proyecto y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis entre los colaboradores para iniciar la recogida de datos.
En el siguiente mes se realizaran ambos índices de dependencia (Barthel y el Test Delta) a todos los pacientes de nuestra unidad.
Posteriormente entre 1-3 meses para recoger todos los datos de cada paciente e incluirlos en la tabla Excel.
A los 6 meses, al año y tras algún ingreso, se repetirán los índices a todos los pacientes.
Tras analizar la situación real, según el grado de dependencia de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se adecuarán los cuidados de forma individual por parte del personal de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0346

1. TÍTULO

TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ANA VICENTE VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALARCON DIAZ LORENA
ACERO CARRERO ALMUDENA
GONZALEZ LANZUELA MARIA JOSE
NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR
VILAR BONACASA BEATRIZ
GASCON FUERTES ESTHER
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Charla informativa al personal de la unidad de diálisis
 - Realización de tríptico sobre el manejo de la Diálisis peritoneal
 - Reeducación y actualización de conocimientos de la técnica de Diálisis Peritoneal
1. Refuerzo en los autocuidados (higiene personal, dieta, ejercicio físico / vida activa, medidas de asepsia en la manipulación del catéter)
2. Tríptico de refuerzo de la práctica de Diálisis Peritoneal
- Información a nuevos pacientes en la consulta ERCA sobre los temas de autocuidados anteriormente nombrados y sobre las diferentes técnicas existentes en terapia renal sustitutiva.
 - Adiestramiento en la técnica de Diálisis Peritoneal (si se hubiera dado el caso):
1. Delantal
2. Tríptico de la práctica de Diálisis Peritoneal
- Registro de la documentación entregada al paciente
 - Encuesta de satisfacción del paciente:
1. ¿Considera que la información sobre el cuidado del catéter fue adecuada?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
2. ¿Considera que el adiestramiento para el manejo de la diálisis peritoneal fue correcto?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
3. ¿El tríptico de apoyo al aprendizaje de la diálisis peritoneal le fue de ayuda?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
4. ¿Considera que puede resolver dudas y problemas fácilmente con el personal de enfermería?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
5. ¿Se siente seguro para comenzar la técnica en su domicilio?
- Si
- No

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este proyecto se pensó con el fin de reforzar el aprendizaje en la técnica de diálisis peritoneal, ya que es muy importante que se realice con unas medidas de asepsia para evitar posibles complicaciones. La diálisis peritoneal está considerada como la técnica dialítica domiciliar preferente, tanto en su modalidad manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), como en la automatizada (Diálisis Peritoneal Automática), y es la técnica elegida por los pacientes como primera opción de diálisis en un porcentaje considerable. La elección informada y razonada por parte del paciente es el elemento fundamental de decisión. Cuando se hace así, la mayoría de los pacientes escogerían la técnica de diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis en centro sanitario.

Recientemente en nuestro centro se ha abierto la consulta ERCA de enfermería, con lo que se ha mejorado notablemente el proceso de aprendizaje tanto de la técnica como de los autocuidados que requieren estos pacientes. También se amplía el proceso de información previa al tratamiento de elección y por lo tanto mejora la toma de decisión del paciente en cuanto a qué tipo de tratamiento renal sustitutivo es más conveniente para sus necesidades y preocupaciones (autonomía e independencia).

Consideramos que es responsabilidad del equipo sanitario de la Unidad de Diálisis el desarrollo de protocolos de actuación, así como promover todas aquellas acciones que mejoren la asistencia y calidad de vida del paciente en Diálisis Peritoneal.

Es por esto, que pensamos que un refuerzo extra para recordar los pasos a seguir al manipular el catéter

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0346

1. TÍTULO

TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

peritoneal, así como otras medidas higiénicas y dietéticas diarias, sería recomendable tenerlo protocolizado en un tríptico por escrito en papel, que se les pudiera entregar a cada paciente y así llevárselo a su domicilio para consultarlo en el momento que necesitaran. Este tríptico puede mejorar los recursos en sistemas de comunicación por parte del personal sanitario que suponen un aumento en la seguridad, independencia y comodidad para el paciente manteniendo el espíritu de un programa de diálisis domiciliaria.

El tríptico se ha confeccionado de conformidad con el equipo de la Unidad de Diálisis, e incluye información básica y muy visual sobre los pasos a seguir durante la conexión del catéter peritoneal, así como recomendaciones básicas al paciente.

En nuestra unidad hay actualmente cinco pacientes en diálisis peritoneal, a los que se les ha entregado este material de refuerzo para reeducar y renovar conocimientos ya adquiridos, comprobando así malas praxis e incidiendo en las medidas de autocuidados. También se ha hecho hincapié en otras medidas relacionadas con este tratamiento, como es la dieta a seguir (personalizada según sus niveles sanguíneos de fósforo, potasio) y cantidad de líquidos que pueden ingerir, fomentando una vida lo más activa posible y la importancia de una buena higiene corporal y del domicilio.

En el tiempo del estudio no ha habido pacientes nuevos que hayan empezado este tratamiento. Al parecer de gran utilidad este material realizado para el presente proyecto, vamos a seguir usándolo en la unidad, y a los futuros nuevos pacientes que precisen iniciar tratamiento renal sustitutivo de diálisis peritoneal se les entregará el tríptico en consulta cuando empiecen con el entrenamiento.

También han salido de esta terapia 2 pacientes por recibir trasplante o empeorar su estado y comenzar con tratamiento de hemodiálisis en la unidad.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

Dada la encuesta de satisfacción al 100% de los pacientes de diálisis peritoneal, los resultados de la misma indican que:

- o La información recibida en torno a todo lo concerniente con el catéter peritoneal (cuidados, signos de alarma, manipulación) ha sido satisfactoria para el 100% de los pacientes.
- o El entrenamiento recibido por el personal de enfermería para aprender la técnica de DP con el delantal según el 100% de los pacientes fue correcto, con tiempo suficiente para dominar la técnica.
- o El tríptico entregado les fue de ayuda en casa al realizar la técnica de diálisis peritoneal solos en sus domicilios para el 100% de los pacientes
- o La confianza y facilidad dada por el personal de enfermería para resolver dudas fue buena para el 100%, aunque aportan la sugerencia de disponer de un teléfono directo con la consulta ERCA de Enfermería para poder contactar con la enfermera ante cualquier eventualidad.
- o Con todo esto, una vez comenzaron el tratamiento en sus domicilios, estuvieron seguros de poder realizarlo sin problemas, según informa la totalidad de los pacientes, aunque manifiestan cierto nerviosismo en las primeras sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

Visto los resultados de la entrega del tríptico, y puesto que la consulta ERCA de enfermería sigue creciendo y mejorando constantemente, se ha decidido entregar este material a todo paciente que acuda a la consulta ERCA, con el fin de tener más material supletorio al ya existente tanto para la elección de la técnica que más acorde a sus necesidades le parezca, como para el aprendizaje y reeducación de la técnica de Diálisis Peritoneal.

Pensamos que, al ser muy visual, pueden hacerse una idea más clara de en qué consiste la técnica de diálisis peritoneal. Pueden ver que es una técnica sencilla, limpia y que otorga mucha autonomía.

- Con este material, además, aumentamos los protocolos existentes en la unidad de Nefrología, mejorando así:
- La promoción de aquellas acciones y actuaciones en el ámbito socio-sanitario que puedan mejorar la asistencia y calidad de vida del paciente en diálisis peritoneal.
 - Los programas de entrenamiento de los pacientes en las diferentes modalidades de DP y reforzar el proceso de aprendizaje cuando sea necesario.

7. OBSERVACIONES.

Cambio a un componente del proyecto por traslado a otra unidad de trabajo. Desaparece Isabel Soriano, y entra en su lugar María Jose Gonzalez Lanzuela (mjgonzalez@salud.aragon.es)

El programa informático no me permite añadir el tríptico a la memoria. Si quieren verlo, háganmelo saber y se lo envío de la forma que ustedes me indiquen.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/346 ===== ***

Nº de registro: 0346

Título
TRIPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0346

1. TÍTULO

TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

VICENTE VICENTE ANA, ALARCON DIAZ LORENA, ACERO CARRERO ALMUDENA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR, VILAR BONACASA BEATRIZ, GASCON FUERTES ESTHER, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMOS RENALES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro centro, existe un aumento en el número de pacientes que ha iniciado este tratamiento. Estos pacientes poseen una información básica sobre esta técnica dada previamente en la consulta de ERCA, pero requieren aprender una serie de recursos y habilidades para realizar una buena técnica aséptica y terapia eficaz. Actualmente se informa verbalmente y se pone en práctica la técnica tanto en delantal de práctica como en el mismo paciente cuando tiene el catéter insertado. Por lo que con este tríptico se reforzaría de modo visual dicha información. La DP es una técnica que precisa un adiestramiento y habilidades adecuadas para realizarla correctamente, tanto al inicio del tratamiento como posteriormente para reforzar conocimientos y corregir errores. Cada paciente necesita una atención individualizada, integral y continuada. Para ello proponemos realizar un material educativo de refuerzo en forma de tríptico para tener a la vista cuando están aprendiendo y en sus casas, para poder recordar con él los pasos a seguir para realizar una técnica correcta, además de las charlas educativas y los talleres prácticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Acoger al nuevo paciente en la unidad y proporcionarle la información que demande.
Crear un clima de confianza y seguridad entre paciente y personal sanitario.
Educar al paciente en la técnica de DP: enseñanza, realización y seguimiento. El paciente participará activamente en esta técnica.
Reforzar, en consultas sucesivas que realicen al centro, la técnica adecuada e insistir en la importancia de una buena higiene y asepsia.
Conseguir la implicación del paciente para conseguir mayor grado de autonomía.
Todos los pacientes incluidos en el tratamiento DP tendrán este material de apoyo durante su período de aprendizaje.

MÉTODO

Educación en autocuidados del paciente, tanto verbal como en la práctica y con el refuerzo del tríptico.
Charla informativa al personal de la unidad de DP.
Realización del tríptico, así como de un documento de registro de entrega del mismo y una encuesta de satisfacción del paciente.

INDICADORES

Se entregará al 100% de los pacientes incluidos en DP, tanto prevalentes como incidentes.
La evaluación se realizará a través de una encuesta de satisfacción y se llevará un registro de la documentación dada a cada paciente.

DURACIÓN

Se realizará durante un año.
A los pacientes existentes en DP se les entregará el tríptico cuando vengan a consulta de seguimiento, y a los que inicien tratamiento en dicha terapia se les entregará al comenzar con el adiestramiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0769

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA
PEINADO GARCIA JENIFER
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se incluyeron a los pacientes que acudieron a la consulta de Neumología del Hospital Obispo Polanco de Teruel (Agenda 3) y que fueron diagnosticados de SAHS por poligrafía respiratoria entre marzo y diciembre de 2019. Se seleccionaron aquellos pacientes susceptibles de realizar una intervención de titulación de presiones. Los criterios de inclusión en la selección de pacientes fueron los siguientes: presencia de al menos dos factores de riesgo cardiovascular, antecedente de enfermedad cardíaca o de evento cardiovascular mayor, actividades profesionales relacionadas con la conducción de vehículos. La titulación se llevó a cabo en el domicilio de los pacientes, a través de un registro pulsioximétrico nocturno bajo el tratamiento con la presión empírica inicial. Una vez obtenido el registro, se expuso en un informe definitivo que indicó aspectos antropométricos y el trazado general pulsioximétrico, las mediciones de saturación periférica de oxígeno mínima y media, índice de desaturaciones/hora (IDO 4%) y porcentaje de tiempo con saturación inferior al 90% (CT90). Estos datos fueron incorporados a un formulario individual, e introducidos en la historia clínica electrónica. De acuerdo a los resultados, determinado por valores patológicos de las variables antes comentadas, se realizó la intervención y el cambio o no de las presiones del CPAP. Los datos obtenidos fueron incorporados y analizados con el programa estadístico SPSS v.23.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se seleccionaron un total de 48 casos de pacientes susceptibles a la intervención. La edad media fue de 56,73 ($\pm 13,9$) años. Todos los pacientes tuvieron un SAHS de grado severo (100%). El género masculino predominó en un 85,4%. Con respecto a los valores de antropometría, el peso medio fue de 94,04 ($\pm 14,83$) Kg, y el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 33,11 ($\pm 5,11$) k/m²; del total, un 70,8% de los pacientes eran obesos (al menos con un IMC de 30 k/m²). Los valores de saturación de oxígeno media detectadas en el registro de 8 horas fue de 91,15 ($\pm 2,96$)%, la saturación mínima detectada tuvo una media de 72,77 ($\pm 12,14$)%, el CT90 medio (tiempo total del registro en que la saturación de oxígeno está por debajo del 90%) fue de 27,53 ($\pm 11,24$)% y el índice de desaturaciones / hora medio (IDH al 4%) fue de 13,78 ($\pm 10,10$). Con respecto a la variable pulso, la frecuencia media fue de 62,67 (± 12) lpm. Un 97,9% de los pacientes evaluados no presentaron episodios cuantificados de aceleraciones y desaceleraciones. Desde el punto de vista terapéutico, la presión media indicada (por formulaciones matemáticas, empíricas) fue de 8,27 ($\pm 1,85$) cmH₂O. Se detectó un total de 16 casos (33,33%) cuyo control fue deficiente con la presión inicial, y que consecuentemente necesitaron ajuste de la presión. La presión media final fue de 8,73 (± 2) cmH₂O. En 4 pacientes (8,3%) hubo necesidad de colocar o mantener oxigenoterapia domiciliaria suplementaria, y solo 1 caso (2,1%) precisó de cambio de CPAP a dispositivo binivel (BPAP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La individualización de los pacientes con SAHS es una parte principal en el manejo y tratamiento. En el caso de la pulsioximetría, continúa siendo un método accesible y que aporta información consistente en la valoración de la respuesta nocturna al CPAP. En el caso de este proyecto, este método permitió que se detectaran problemas con la presión empírica inicial en el 33,33% de los casos (un tercio del total) y se realizaran las intervenciones terapéuticas oportunas (incremento de la presión inicial 1 o 2 puntos sobre la inicial). El alcance de este proyecto es extrapolable al panorama con pacientes bajo otras terapias respiratorias (oxigenoterapia nocturna, ventilación mecánica no invasiva domiciliaria), y es una herramienta más en la práctica que permite tomar medidas ante situaciones clínicas que no son claramente perceptibles desde el punto de vista clínico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/769 ===== ***

Nº de registro: 0769

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0769

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

Título

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

Autores:

ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA, VICARIO BERMUDEZ JUANA MARIA, PEINADO GARCIA JENIFER, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es una entidad con una alta prevalencia que depende de diversas variables clínicas. La terapia más eficaz para su tratamiento es la CPAP (presión continua positiva de la vía aérea), asociada a medidas higiénico-dietéticas generales. A muchos de los pacientes tratados se les estima inicialmente una presión empírica a través de fórmulas matemáticas, calculadas en dependencia de variables como el índice de masa corporal, el índice medio de eventos respiratorios del registro poligráfico o polisomnográfico, y el perímetro del cuello del paciente. A pesar de que dicho cálculo es aproximado, en diversas circunstancias se puede sobre todo infraestimar la presión real que puede corregir los eventos y la oxigenación de forma efectiva. La respuesta a la terapia con CPAP es positiva desde el punto de vista clínico con la mejoría de los síntomas motivo de consulta (desaparición de la somnolencia diurna, los ronquidos y las apneas presenciadas); pero a pesar de esto, pueden persistir desaturaciones nocturnas y eventos respiratorios residuales, es decir, un control deficiente o parcial de la enfermedad a pesar de una mejoría subjetiva por parte del paciente o medida por cuestionarios de somnolencia. Esto podría influir negativamente sobre la evolución y pronóstico, ya que se ha demostrado que un control parcial del SAHS podría influir negativamente en el pronóstico, sobre todo en su implicación sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de eventos futuros. La eficiencia del tratamiento con el CPAP se puede valorar a través de titulaciones con métodos externos validados (pulsioxímetros, polígrafos, polisomnógrafos), así como por determinaciones intrínsecas del propio dispositivo (software) y el empleo del auto-CPAP (CPAP automático). Considerando que los medios para titular y confirmar las presiones definitivas dependen en gran medida de los recursos hospitalarios, se propone una forma de titulación sencilla, con reducción de costes y recursos, empleando métodos indirectos al alcance de nuestro centro. En este caso, la pulsioximetría domiciliar permite una aproximación indirecta eficiente en la valoración de la respuesta a la terapia con CPAP.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el tratamiento con CPAP en pacientes diagnosticados de SAHS a través de la titulación domiciliar con pulsioximetría nocturna.

MÉTODO

Se incluirán a pacientes susceptibles de la intervención. De la totalidad de pacientes valorados por sospecha de SAHS en consultas externas de Neumología del Hospital Obispo Polanco de Teruel, se seleccionarán aquellos pacientes susceptibles de realizar una intervención de titulación de presiones. Los criterios de inclusión en la selección de pacientes serán los siguientes: presencia de al menos dos factores de riesgo cardiovascular, antecedente de enfermedad cardíaca o de evento cardiovascular mayor, actividades profesionales relacionadas con la conducción de vehículos. La titulación se llevará a cabo en el domicilio de los pacientes, a través del registro pulsioximétrico nocturno bajo el tratamiento con la presión empírica inicial. Una vez obtenido el registro, se expondrá en un informe definitivo que indicará el trazado general pulsioximétrico, las mediciones de saturación periférica de oxígeno mínima y media, índice de desaturaciones/hora (IDO 4%) y porcentaje de tiempo con saturación inferior al 90% (CT90). Además, se propone analizar variables clínicas generales como las comorbilidades y aspectos antropométricos de los pacientes y su relación con los resultados pulsioximétricos obtenidos. De acuerdo a los resultados y a un control deficiente de la oxigenación o la presencia de eventos, determinado por valores patológicos de las variables antes comentadas, permitirán la intervención y el cambio o no de las presiones del CPAP.

INDICADORES

- % de pacientes susceptibles de titulación domiciliar: N° pacientes titulados / Total de pacientes diagnosticados de SAHS en consultas x 100
- % de pacientes con presiones correctas detectadas : N° de pacientes con controles pulsioximétricos correctos / Total de pacientes titulados x 100
- % de pacientes con CPAP con cambios de presión de CPAP : N° pacientes que han requerido cambios de presión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0769

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

$x 100 / \text{Total de pacientes titulados} \times 100$

- Media absoluta de variación de la presión de CPAP : Presión CPAP media final de casos titulados - Presión CPAP media inicial de casos titulados

DURACIÓN

Fechas estimadas:

- Intervenciones y recolección de datos: Del 1 de Marzo al 31 de Diciembre de 2019.

- Interpretación de resultados y elaboración de memoria: Del 1 al 31 de Enero 2020.

Duración total del proyecto: 11 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARAUTA LAHOZ LAURA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
RUIZ PALOMINO MARIA DEL PILAR
SABORIT OLIVER RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto ante la demora media de las consultas de Neurología derivada del tipo de patología atendida en dichas consultas y la falta de espacio para poder aumentar el número de pacientes atendidos. El objetivo de este plan de mejora era incrementar la accesibilidad al sistema de los pacientes a través de la creación de agendas no presenciales de atención telefónica para pacientes neurológicos estables.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se realizaron dos reuniones con el servicio de citaciones y con el responsable de gestión de consultas externas en los días 26 de febrero y 12 de marzo en los que se establecieron:
 - o Situación de demoras en ese momento. Las primeras visitas oscilaban entre el mes y medio y los dos meses y las demoras para recogida de resultados alcanzaban los 4 meses.
 - o Dada la ausencia de espacio físico para poder duplicar consultas presenciales, se diseña una agenda telefónica.
 - o Se crea una agenda para cada facultativo en días diferentes que incluye 6 pacientes que pueden corresponder a resultados o revisiones ya que están codificados como 2.9. Esto supone hasta 18 pacientes más a la semana. La duración para la asistencia de cada paciente es de 8 minutos. Se nominan las agendas como NEU1T, NEU2T y NEU3T.
 - o Circuito de funcionamiento y citas posteriores.
- Descripción del circuito de funcionamiento
 - o Se explica al paciente la existencia de este tipo de agenda y se le ofrece la posibilidad de realizar la visita no presencial. Los supuestos que se plantean inicialmente para beneficiarse de esta consulta son los siguientes:
 - ? Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia
 - ? Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial
 - ? Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales)
 - ? Cefaleas pendientes de neuroimagen con buen control sintomático
 - o Si el paciente está de acuerdo se indica en la tarjeta de citación la agenda correspondiente y el tiempo hasta la cita y se le explica que le darán una cita con fecha y hora pero que no tiene que venir al hospital. Se deja constatado en la historia clínica el número de teléfono al que quiere ser llamado.
 - o La asistencia del paciente se realiza en el caso de las agendas NEU1T y NEU2T en el despacho perteneciente al servicio de Neurología ubicado en la planta cuarta y en el caso de la agenda NEU3T en la consulta de Neurología.
 - o Una vez concluida la asistencia se indica por escrito el destino del paciente: alta, nueva cita en agenda telefónica o nueva cita en agenda presencial especificando el tiempo hasta la siguiente visita. Este documento se pasa al servicio de citaciones que se encarga de gestionar las citas sin que el paciente tenga que venir al hospital.
- La apertura de las agendas telefónicas se produjo el 1 de abril de 2019.
- A lo largo del año 2019 se inició la inclusión de otros supuestos como el control sintomático estrecho o los controles de accidente cerebro vascular (ACV) tras el alta hospitalaria.
- Se realizó una reunión final el 13 de Enero de 2020 con el responsable de gestión de consultas externas para la obtención de datos de consultas referentes a 2018 y 2019.
- El 25 de noviembre de 2019 se produjo un cambio en el equipo del servicio de Neurología, dejando el Hospital Obispo Polanco por cambio de puesto laboral Laura Jarauta Lahoz e incorporándose M^a Pilar Ruiz Palomino que se añade como colaboradora a este plan de mejora de la calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han atendido un total de 118 pacientes en consulta telefónica en el período entre el 1 de abril de 2019 y el 31 de diciembre de 2019. En este periodo el número total de pacientes atendidos de forma presencial ha sido de 2424, de los cuáles revisiones y resultados fueron 1665 (68,7%). Por lo tanto el porcentaje global de pacientes atendidos por vía telefónica respecto a presencial fue de del 5%. Si se excluyen las primeras visitas que no se benefician de este tipo de agenda, supusieron un 6,6% de las atenciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

En la agenda que más se utilizó esta modalidad, el porcentaje de pacientes atendidos por consulta telefónica frente a los pacientes que acudían a revisión o a recogida de resultados de forma presencial supuso un 8,7%.

En cuanto al impacto en las demoras, solo se pudieron analizar las demoras medias en sucesivas de forma global siendo en 2018 de 96 días y de 70 días en 2019, suponiendo una reducción del 27%.

Por otra parte se analizaron las reclamaciones interpuestas de forma oficial en atención al paciente en 2018 frente a 2019 que resultaron ser de 14 frente a 9, por tanto un 36% menos.

Se pasó la encuesta de satisfacción a 71 pacientes de los 118 (60%). 66 estuvieron de acuerdo con el sistema de agenda telefónica (93%). La nota media del 1 al 10 otorgada al modelo de teleagenda por parte de todos los encuestados ha sido de 9 siendo la nota más baja de 5 y la mayor de 10.

Los motivos de consulta se dividieron entre los siguientes (recogidos en las encuestas):

- Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia: 1 paciente.
- Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial: 6 pacientes.
- Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales): 1 paciente.
- Cefaleas persistentes de neuroimagen con buen control sintomático: 4 pacientes.
- Control estrecho de tratamiento pautado: 33 pacientes
- Otros: 21 pacientes.
- o 4 pacientes por altas o control de ACV
- o 11 pacientes para control sintomático
- o 6 pacientes para resultado de pruebas
- En 6 pacientes no se recogió el motivo de inclusión en agenda telefónica.

En cuanto a los indicadores propuestos en el proyecto:

- Porcentaje de pacientes valorados en consulta no presencial respecto al global
- o 5% del total de las consultas incluyendo primeras visitas en el período de tiempo en funcionamiento
- Reducción en lista de espera de visitas sucesivas y resultados: 10%
- o Reducción del 27%
- Reducción del número de reclamaciones por lista de espera: 10% respecto al año anterior
- o Reducción del 36%
- Si se realiza encuesta de satisfacción: > 80% de valoración positiva
- o 93% de valoraciones positivas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema.

Consideramos que el número y proporción de pacientes que pueden beneficiarse de este sistema puede incrementarse, ya que el período de observación resulta aún escaso dado que se ha precisado de un período de tiempo para que las consultas pudieran llenarse desde su apertura (están planteadas para revisiones y resultados) y por otra parte, debido a los cambios de persona, no han estado funcionando a pleno rendimiento.

A pesar de esto, hemos constatado que es una opción bien recibida por el paciente, que permite agilizar las consultas e incrementar el número de pacientes que se atienden y la calidad de la atención ya que permite controles más estrechos que previamente no se podían ofrecer y podían resultar en reclamaciones y visitas no programadas.

Como punto de mejora, plantearemos trabajar en mejorar la notificación de la consulta a los pacientes ya que algunos de ellos han acudido en las consultas en la fecha y horario indicado y la causa principal es que en la notificación que llega a domicilio parece no ser completamente clara en cuanto al carácter telefónico de la visita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, SABORIT OLIVER RAMON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el momento actual el servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco consta de 3 neurólogos y dispone de un único espacio físico para la atención de consultas. La ampliación de cartera de servicios realizada en los últimos años, junto con la limitación de espacio indicada previamente han dificultado aumentar el número de pacientes atendidos en consultas y las demoras en el último año se han mantenido.

De este modo la demora media de primera visita oscila entre el mes y medio y dos meses según el período del año evaluado, estando especialmente afectadas las visitas sucesivas y resultados, con demoras que pueden alcanzar los cuatro meses.

Las patologías neurológicas son en su mayoría crónicas (epilepsia, deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, migraña crónica entre otras) lo que se traduce en un gran volumen de pacientes que no pueden ser dados de alta al menos inicialmente y que generan visitas sucesivas y pruebas complementarias de control.

Hemos detectado a su vez que en ocasiones estos pacientes podrían beneficiarse de un control no presencial si la patología está estable, lo que permitiría aliviar las consultas presenciales y podría permitir buscar espacios para simultáneas consultas presenciales y no presenciales, ampliando el número de pacientes atendidos.

Por tanto se propone la creación de agendas no presenciales para la atención de pacientes neurológicos a través del teléfono.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es incrementar la accesibilidad al sistema de los pacientes a través de la creación de agendas no presenciales de atención telefónica para pacientes neurológicos estables.

MÉTODO

- En primer lugar se procederá a la evaluación de la situación actual en consultas con el objetivo de proceder a una reestructuración de las agendas. Dentro de esta reestructuración se introduciría esta agenda no presencial.
 - Se establecerán reuniones con el responsable de gestión de consultas externas y con citaciones para establecer los horarios, duración y ubicación de la nueva agenda.
 - Se propondrá crear una agenda pendiente de dimensionar de visitas sucesivas y resultados, con el acceso a las historias clínicas correspondientes y aviso al paciente de que se procederá a llamarle el día y la hora que se establezca según agenda al teléfono que nos facilite.
 - Se consensuará en el Servicio de Neurología los pacientes potencialmente candidatos a estas consultas.
- Algunas propuestas son las siguientes:
- o Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia
 - o Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial
 - o Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales)
 - o Cefaleas pendientes de neuroimagen con buen control sintomático
 - Se planteará la viabilidad de poder hacer una breve encuesta de satisfacción al paciente.
 - Se valorará la posibilidad de generar una vía que incluya pacientes que precisen un control estrecho de tratamiento.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes valorados en consulta no presencial respecto al global
- Reducción en lista de espera de visitas sucesivas y resultados: 10%
- Reducción del número de reclamaciones por lista de espera: 10% respecto al año anterior
- Si se realiza encuesta de satisfacción: > 80% de valoración positiva

DURACIÓN

- Reuniones con los responsables de citaciones: Febrero y Marzo de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

- Diseño de nuevas agendas: Marzo de 2019
- Inicio de la asistencia no presencial: Abril de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0956

1. TÍTULO

CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR RUIZ PALOMINO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDO QUINTANA NATALIA
FORCANO GARCIA MERCEDES
LATORRE FORCEN PATRICIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
LOZANO PASAMAR MARIANO
SUSIN ARREGUI INES EMILIA
BASELGA ALEGRE ROSARIO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HA CREADO EL GRUPO DE TRABAJO. POR LOS CAMBIOS DE MIEMBROS POR MOTIVOS PROFESIONALES NO HA SIDO POSIBLE LLEVAR A CABO OTRAS ACTIVIDADES EN ESTE AÑO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ÚNICAMENTE LA CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO INTEGRADO POR MIEMBROS DE NEUROLOGÍA, GERIATRÍA, PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y ATENCIÓN PRIMARIA QUE SE HA REUNIDO EN ESTE AÑO EN DOS OCASIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NOS HEMOS PROPUESTO, AHORA QUE EL GRUPO ESTÁ CONSTITUIDO Y YA QUE POR MOTIVOS DE CAMBIO DE PROFESIONALES NO HA SIDO POSIBLE A CABO EN EL CURSO, REALIZAR LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN (ANTES DE FEBRERO 2020) Y PROTOCOLO (ANTES DE AGOSTO 2020) PARA SU DIFUSIÓN EN SEPTIEMBRE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU PUESTA EN MARCHA Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2020.

SE HAN MODIFICADO LOS MIEMBROS DEL PROYECTO Y LA COORDINADORA POR CAMBIOS PROFESIONALES.

7. OBSERVACIONES.

SE HA DECIDIDO EN EL GRUPO DE TRABAJO.

SE HAN REVALORADO LOS INDICADORES PROPUESTOS Y SE HA DECIDIDO EN EL GRUPO DE TRABAJO ELIMINAR LOS TRES ÚLTIMOS INDICADORES DEL PROYECTO AL CONSTATAR SU DIFÍCIL MEDICIÓN, A SABER: • Coordinadores de los CS que reciben email informativo (con acuse de recibo) solicitando además que lo difundan a todos los médicos de su Centro (>80%) • Porcentaje de interconsultas virtuales realizadas a Neurología por pacientes con sospecha de deterioro cognitivo mayores de 75 años (<30%) • Adecuación de las derivaciones a Geriatría (>70%)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título
CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA, FORCANO GARCIA MERCEDES, LATORRE FORCEN PATRICIA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, LOZANO PASAMAR MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con Deterioro Cognitivo de origen neurodegenerativo del Sector Teruel, independientemente del estadio de evolución, son controlados por los Servicios de Neurología, Geriatría, Psiquiatría y un porcentaje menor son controlados únicamente por Atención Primaria (AP). Los criterios establecidos para la asistencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0956

1. TÍTULO

CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

están bien definidos y son fundamentales para la toma de decisiones, por eso es importante que estos sean comunes con independencia del nivel de atención médica que atienda a estos enfermos. Desde Atención Especializada (AE) hemos ido observando a lo largo de los años diferentes incidencias en el manejo asistencial de estos pacientes. Planteamos un proyecto para mejorar la calidad asistencial de pacientes con esta patología. Las situaciones mejorables observadas en las CCEE de AE son: Se realizan demasiadas interconsultas virtuales desde AP a Neurología solicitando valoración de pacientes con posible deterioro cognitivo de edades > 75 años, pacientes que creemos candidatos a una valoración inicial por Geriatria. En el mes de Enero de 2019 se realizaron 125 interconsultas, de estas 15 eran relativas a deterioro cognitivo y en 8 casos eran pacientes mayores de 75 años (53%). Derivación de pacientes jóvenes a Geriatria, por existir menor lista de espera. Existe un porcentaje no desdeñable de pacientes que está, a la vez, siendo controlado por dos o tres de los Servicios implicados. Por rutina, se citan pacientes con Deterioro cognitivo moderado-grave cada 6 meses, casos que podrían ser candidatos a control desde AP. Existen pacientes con trastorno de conducta grave con sintomatología aguda mal controlada que no tienen acceso preferente a una valoración por el especialista y que podrían beneficiarse de una atención especializada más temprana. Mantenimiento de tratamientos específicos de demencia por AP en situaciones avanzadas, que no lo requieren.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Adaptar y economizar los recursos actualmente disponibles a las necesidades del paciente, mejorando la calidad asistencial y evitando duplicidad de consultas. Objetivos secundarios: Creación de un Grupo de Trabajo multidisciplinar para alcanzar un consenso de atención integral a pacientes con esta patología. Establecer criterios de derivación bien definidos desde AP a AE para que lleguen al especialista correcto y reducir la duplicidad/triplicidad de consultas. Establecer una vía de acceso de contacto preferente para que aquellos pacientes con sintomatología aguda pueden ser valorados en un tiempo prudencial. Conseguir una comunicación más fluida entre todos los especialistas mediante la creación de un email de grupo o mediante la Historia Clínica Electrónica. Asignación del seguimiento de los pacientes al servicio correspondiente según criterios consensuados y definidos entre los servicios del grupo de trabajo. Aumentar el número de pacientes que pueden ser controlados únicamente por AP.

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo con tareas concretas para llegar a un consenso de atención integral a esta patología. Realización de un protocolo consensuado con AP y AE para la atención multidisciplinar de estos pacientes. Impartición de clases formativas para dar difusión del Protocolo por diferentes Centros de Salud (CS) del sector. Promover la utilización de las interconsultas virtuales para solicitar ayuda y orientación terapéutica desde AP. Mejorar la comunicación entre especialistas creando una vía de acceso común.

INDICADORES

Protocolo de asistencia integral consensuado entre los diferentes niveles asistenciales. Participación de los miembros del grupo de trabajo en reunión trimestral (>90%). Impartición de clases formativas para difundir el protocolo en los 6 CS más populosos del Sector (>80%). Coordinadores de los CS que reciben email informativo (con acuse de recibo) solicitando además que lo difundan a todos los médicos de su Centr (>80%). Porcentaje de interconsultas virtuales realizadas a Neurología por pacientes con sospecha de deterioro cognitivo mayores de 75 años (<30%). Adecuación de las derivaciones a Geriatria (>70%).

DURACIÓN

-Marzo a Junio: creación del grupo de trabajo, elaboración de los criterios y protocolo. - Septiembre: difusión del protocolo en centros de atención primaria. - Octubre a Diciembre: puesta en marcha del protocolo y evaluación de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA COLECHA MORALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA
SPINOSO CRUZ VICENTE
GIL MELGOSA LIGIA
GARCES VALENZUELA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este 2019 y tras la elaboración del protocolo de inclusión de pacientes con patología ginecológica para intervención programada por CMA, se ha aplicado dicho protocolo en todos los casos y se ha revisado su correcto cumplimiento. Una vez finalizado el año, se solicitó en enero de 2020 la información necesaria al Servicio de Documentación en donde se reflejan todas las pacientes intervenidas por CMA y el destino tras la operación (paso a hospitalización vs alta a domicilio). Se revisaron todas aquellas historias clínicas de las pacientes que cursaron con ingreso para volver a revisar la cumplimentación del protocolo y el motivo que propició el ingreso. Para la recogida de datos se elaboró una tabla excel con datos que se consideran relevantes para el análisis de los casos (edad, antecedentes médicos, antecedentes quirúrgicos, indicación quirúrgica, procedimiento quirúrgico, diagnóstico final, complicaciones intraoperatorias, quirófano de mañana o de tarde, cumplimiento del protocolo, motivo del ingreso, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según la información proporcionada por el Servicio de Documentación, en 2019 se han intervenido un total de 120 pacientes por CMA y han precisado reingreso 12 de ellas. Esto significa que se han producido un total de 10% de reingresos.

De ellas 5 fueron tras conización y en todos los casos el motivo fue sangrado importante postoperatorio, a pesar de realizar una minuciosa coagulación del lecho quirúrgico intraoperatorio, la colocación de elementos hemostáticos intravaginales y conseguir en el momento de finalizar la intervención quirúrgica una hemostasia completa.

En cuanto a las histeroscopias, sólo 1 de las realizadas reingresó y el motivo fue la aparición de un cuadro de mareos, nada predecible según las características clínicas de la paciente, y muchas veces debiéndose a causas ajenas al acto puramente ginecológico.

Continuando con la revisión, reingresaron 2 pacientes tras someterse a la colocación de malla suburetral por incontinencia urinaria de esfuerzo. En una de ellas el motivo que derivó en ingreso fue el dolor postoperatorio a pesar de producirse una adecuada micción. El otro caso se trata de una paciente previamente intervenida por el mismo motivo y con una malla no funcionante en el mismo lugar. Al colocar la malla, se produce retracción y fibrosis de los tejidos en vecindad y desafortunadamente se produjo una perforación uretral durante la manipulación quirúrgica, que fue evidenciada en el mismo momento y resuelta por el especialista de urología mediante la colocación de una sonda vaginal. El ingreso fue por orden de urología para control de hematuria.

Por lo que hace a las laparoscopias, ingresaron 2 casos por reconversión a laparotomía debido a adherencias. La primera de ellas tenía diagnóstico de teratoma de 4 cm y no tenía ninguna intervención quirúrgica abdominal previa. Al iniciar la intervención se evidenció una pelvis congelada por la presencia de endometrioma y no teratoma, haciendo imposible proseguir con la exéresis del tumor vía laparoscópica por las adherencias firmes existentes.

El otro caso se trataba de una mujer con antecedente de histerectomía abdominal por laparotomía y diagnóstico de leiomiomas, programándose anexectomía bilateral laparoscópica de estadificación. Presentaba un cuadro adherencial grave que imposibilitaba completar la cirugía mediante laparoscopia decidiendo reconversión a laparotomía.

Se produjo el caso de una mujer que ingresó para observación debido a una hipersensibilidad a los relajantes musculares durante su estancia en el despertar con dificultad respiratoria, tras una histeroscopia quirúrgica. Por tanto, se trata de un motivo anestésico no predecible y no ginecológico.

Y para terminar, hubo el caso de 1 paciente a la que se le realizó estudio de esterilidad mediante histeroscopia y laparoscopia que precisó ingreso hospitalario por debilidad y mareos postoperatorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que no ha sido posible alcanzar el objetivo de reducción de la tasa de ingresos a un 6%, creemos que la elaboración y aplicación del protocolo ha sido de gran utilidad para unificar criterios de inclusión y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

prácticas clínicas útiles para la reducción de complicaciones intraoperatorias (administración de misoprostol vía vaginal en caso de histeroscopias, utilización de hemostáticos en caso de cesareas, programación de laparotomías en caso de pacientes con alto riesgo de reconversión de laparoscopias, ...).

Hemos observado una notable reducción de casos de perforación uterina y de creación de falsa vías con la utilización de misoprostol para mejorar la permeabilidad del canal cervical, y una también reducción de las dificultades miccionales postcolocación de malla TOT. Sin embargo, y a pesar de procurar una correcta hemostasia intraoperatoria y de la utilización de material hemostático en caso de las conizaciones, el número de ingresos por sangrado postoperatorio no ha disminuido. Con ello, creemos que es necesaria la introducción de medidas extra para seguir intentado que estas cifras se reduzcan lo máximo posible.

Decir también que es prácticamente imposible la reducción de este porcentaje a 0, puesto que algunos de los motivos que ocasionan el inesperado ingreso se escapan de ser predecibles y son ocasionados por otros motivos no ginecológicos: sensaciones de mareo y/o debilidad a pesar de normalidad de constantes clínicas y analíticas, complicaciones anestésicas o reacciones adversas a medicamentos utilizados.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia es consciente de la necesidad de crear una consulta prequirúrgica semanal donde revisar si persiste o ha cambiado la indicación de la cirugía programada y si es necesaria la modificación del procedimiento a realizar. Además sería útil para aclarar las dudas surgidas por parte de los pacientes, revisar aparición de nuevas comorbilidades o incidencias preoperatorias y individualizar cada caso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, PARRILLA VIRGOS PILAR, CABEZA VENGOECHEA PEDRO, SPINOS CRUZ VICENTE, COLECHA MORALES MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado, que a lo largo del año 2017, un 11% de las pacientes, clasificadas como CMA, acabaron ingresadas por varios motivos.
Hay que valorar, si los criterios de inclusión en dicho proceso son los adecuados

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende hacer un estudio y seguimiento de estos casos, para valoración y mejora.

MÉTODO
Realización de protocolo de inclusión de las listas de procesos catalogados como CMA.
Control, estudio de los realizados durante el año 2017 y valoración de los proceso para lo largo del año en curso

INDICADORES
El límite a alcanzar, es que no se revierta a ingreso más del 5 % de dichas pacientes y patologías

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

Revisión de los procesos acaecidos durante al año 2017 hasta el 30 de mayo. Dra. Elena Schuhmacher y Dra. Marta Colechá
Hacer protocolos de adecuación de inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el 30 de junio 2018. Dr. Pedro Cabeza, Dra. Elena Schuhmacher, Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso
Revisión de la casuística de el año en curso, finalizacion el 31 de enero 2019. Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0270

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LIGIA GIL MELGOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COLECHA MORALES MARTA
SPINOSO CRUZ VICENTE
GARCES VALENZUELA MARTA
PARRILLA VIRGOS PILAR
DOMINGO BARRADO ISABEL
CABEZA VENGOECHEA PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se propone a finales del año 2018, organizar una consulta especializada en la atención prequirúrgica a las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia incluidas en lista de espera quirúrgica.
2. Se expone el proyecto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con aceptación y acuerdo de todos sus miembros.
3. En diciembre de 2018 se decide que la consulta de atención prequirúrgica se va a llevar a cabo todos los miércoles de cada semana. En dicha consulta se citan a todas aquellas pacientes que van a ser intervenidas en un plazo de 7-15 días. El horario será entre 8,45h y 11h, se citan 5 pacientes con un tiempo de atención a cada una de entre 20 y 30 minutos.
4. Elaboración de una hoja Excel en la que se recogen los datos de las pacientes que acuden a dicha consulta:
 - a. Datos personales de la paciente
 - b. Fecha de inclusión en lista de espera quirúrgica
 - c. Diagnóstico e Indicación quirúrgica inicial.
 - d. Exploración o pruebas complementarias realizadas en el caso de que se hayan hecho.
 - e. Valoración y cambios respecto a la indicación quirúrgica
 - f. Indicación de tratamientos pre intervención en el caso de que la haya.
 - g. Recogida del consentimiento informado firmado.
 - h. Observaciones: señalar los posibles inconvenientes o imprevistos que puedan interferir el día de la cirugía para programar los partes quirúrgicos con la máxima eficacia posible, señalar la necesidad de antibioterapia o de trasfusión de hemoderivados.
5. Elaboración de hojas de recomendaciones de las distintas intervenciones quirúrgicas que se aporta a la paciente durante esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Aceptación del proyecto por parte de todo el servicio de Ginecología y Obstetricia.
 2. Realización de hojas de recomendaciones para las cirugías.
 3. Programación de consultas todos los miércoles.
 4. Durante el tiempo en el que ha sido posible llevar a cabo el proyecto, se han visitado a 52 pacientes.
- De estas:
- a. 37 pacientes se mantuvieron en lista de espera quirúrgica sin cambios. (71.15%)
 - b. 9 pacientes se excluyeron de la lista de espera quirúrgica por diferentes motivos: patología concomitante, circunstancias personales, resolución de patología... (17.3%)
 - c. 14 pacientes recibieron indicación de tratamiento previo a la intervención. (26.92%)
 - d. 7 no acudieron y fueron intervenidas sin pasar la consulta prequirúrgica. (13.46%)
 5. Rentabilización del tiempo quirúrgico, del personal disponible y de los materiales quirúrgicos de los que se disponen durante el tiempo que se pudo llevar a cabo la consulta prequirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Durante el tiempo que pudo llevarse a cabo la consulta se rentabilizó el tiempo quirúrgico adecuándose mejor el parte de quirófano a los recursos y el personal disponible.
2. Un 17,3% de las pacientes visitadas fueron retiradas de la lista de espera quirúrgica por diferentes motivos, un porcentaje que no es desdeñable si tenemos en cuenta los recursos y el personal necesarios para cada intervención quirúrgica.
3. Un 26,92% de las pacientes recibieron indicación de tratamiento previo a la intervención con el objetivo de facilitar dichas intervenciones y disminuir las complicaciones.
4. Observamos que muchas pacientes en el momento de entrar en quirófano no tienen claro cuál es el procedimiento que se va a realizar. Gracias a la consulta prequirúrgica la satisfacción subjetiva de las pacientes mejorará.
5. A pesar de haber sido suspendida la consulta de manera temporal por falta de personal en el servicio, el objetivo es continuar con su implantación durante el año 2020 cuando sea posible.

7. OBSERVACIONES.

1. Debido a la situación del Servicio durante el año 2019, con falta de personal la mayor parte del año, sólo se ha podido llevar a cabo el proyecto hasta marzo de 2019. (Durante el año 2019, el servicio contó con una dimisión de uno de los facultativos, una baja por maternidad y una jubilación). Debido a que hay consultas en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0270

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

nuestra especialidad que no pueden ser aplazadas, la consulta de atención prequirúrgica tuvo que ser suspendida temporalmente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/270 ===== ***

Nº de registro: 0270

Título
CONSULTA DE ATENCION PRE QUIRURGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Autores:
GIL MELGOSA LIGIA, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, COLECHA MORALES MARTA, SPINOSO CRUZ VICENTE, GARCES VALENZUELA MARTA, PARRILLA VIRGOS PILAR, DOMINGO BARRADO ISABEL, CABEZA VENGOECHEA PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco, es un servicio pequeño, por lo que conviene rentabilizar al máximo los tiempos de quirófano disponibles. Algunas de las indicaciones en cirugías obstétrico-ginecológicas pueden variar en el tiempo de espera quirúrgico, una cesárea programada por presentación podálica puede ser anulada al convertirse a presentación cefálica. Además de la cesárea, otras indicaciones se beneficiarían de una revisión en consulta antes de la cirugía, para planificar bien el tipo de cirugía, saber los cirujanos necesarios y poder organizar el resto de las obligaciones del servicio o pautar si fuera necesario algún tipo de tratamiento que facilite la cirugía. Se podría planificar mejor el quirófano para poder ajustar los tiempos estimados de cada una de las cirugías aprovechando al máximo los tiempos quirúrgicos y los materiales disponibles. En esta consulta se comprobaría que todos los trámites burocráticos hayan sido correctamente realizados. Se evitarían imprevistos el mismo día de la cirugía como cancelaciones de cirugías o dificultades imprevistas y rentabilizar al máximo el tiempo quirúrgico y la disponibilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar suspender cirugías el mismo día que estaban indicadas. Si se suspende alguna, se sustituirá por otra cirugía de la lista de espera quirúrgica. Rentabilizar al máximo el tiempo quirúrgico disponible, el personal y los materiales necesarios. Prever dificultades que puedan surgir en el momento de la cirugía. Individualizar y anticipar la necesidad de antibioterapia y transfusión de hemoderivados. Pautar los tratamientos que sean necesarios para realizar la intervención de la forma más adecuada y segura posible. Explicar con detenimiento en que consiste la cirugía y el postoperatorio a las pacientes, resolver y aclarar las dudas que les hayan podido surgir el tiempo de espera. La población diana a la que va dirigida el proyecto son todas aquellas pacientes que van a ser intervenidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Obispo Polanco, sobretudo se centrará en aquellas que llevan más tiempo en lista de espera quirúrgica.

MÉTODO
Se organizará una consulta los martes de cada semana en la que se citarán a las pacientes que hayan sido programadas para quirófano en los 7-15 días siguientes. Se repetirá la exploración a la paciente si se considera pertinente y se revisarán las pruebas de imagen disponibles con el propósito de poder determinar el mejor abordaje quirúrgico y poder prever el instrumental necesario más idóneo para cada intervención. Comprobar que el paciente ha completado el estudio preoperatorio con el anesthesiólogo. Comprobar que el paciente ha comprendido y firmado el consentimiento informado. Resolver todas las dudas que a la paciente le puedan surgir. Se llevará un control estadístico de las pacientes que se visitan. La consulta tendrá lugar en la consulta de Ginecología general, será los miércoles de 8,45h a 11h. Se citarán alrededor de cinco pacientes teniendo en cuenta que el tiempo de atención a cada una de ellas será de 20-30 minutos.

INDICADORES
Se recogerán los datos de todas las pacientes que pasen por la consulta prequirúrgica en unas fichas diseñadas específicamente. Además de los datos personales, se detallará el tipo de intervención, el diagnóstico, la exploración y pruebas realizadas, así como las observaciones que haya que tener en cuenta el día de la intervención. Al finalizar el año se recogerán las estadísticas del año 2019 para comprobar el número de cirugías que se han llevado a cabo en total en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Se analizará cuántas de esas pacientes fueron vistas en la consulta prequirúrgica antes de la intervención y si

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0270

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

es significativo el número de intervenciones que en la consulta pre quirúrgica hayan sido pospuestas por no ser el momento más idóneo. Se analizarán aquellas cirugías que hayan sido suspendidas el mismo día de la intervención y la causa de la cancelación para poder averiguar si se pudiera haber evitado en la consulta pre quirúrgica.

DURACIÓN

La evaluación del proyecto se llevará a cabo a lo largo del año 2019, con el objetivo de continuar los años siguientes si los resultados de la misma son favorables. La principal responsable de su implantación es la Dra. Schuhmacher, jefa de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obispo Polanco.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
PASTOR ESPUIG MARIA
GARGALLO BENEDICTO AMPARO
CLEMENTE TOMAS RODRIGO
BARREIRO GONZALEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado con la misma dinámica de trabajo ante los pacientes incluidos para ser intervenidos de catarata. Tras ser considerados aptos tras la realización del preoperatorio, se han citado en la consulta para realizarse la biometría. Se ha protocolarizado la realización del estudio refractivo y queratométrico para conocer su defecto de refracción y curvatura corneal. Se ha realizado el estudio de la curvatura corneal con el autorrefractómetro-queratómetro disponible en la consulta y con el biómetro óptico LENSTAR. En cada paciente se ha realizado un estudio comparativo de los valores aportados por ambos.

Se ha valorado en cada caso la agudeza visual, la calidad visual y el defecto de refracción. Hemos intentado conocer las características del astigmatismo (diferenciando si se trata de un astigmatismo directo, inverso u oblicuo) y las posibles aberraciones corneales que pueda generar.

Se han tenido en cuenta los datos aportados por el biómetro LENSTAR. Los aspectos más importantes y que más nos han ayudado en cada caso son: longitud axial del ojo, espesor corneal, curvatura corneal o queratometría, profundidad de la cámara anterior, posición efectiva de la lente y espesor del cristalino. Se han considerado nuevos datos para intentar conocer la calidad visual del paciente como son el tamaño pupilar y el baricentro del iris (equivalente al ángulo Kappa).

De forma sistemática se ha calculado la potencia de la lente intraocular necesaria en cada caso para conseguir la emetropía con la fórmula Barrett. Ante características especiales se ha comparado el cálculo obtenido con otras fórmulas (por ejemplo en casos de longitudes axiales extremas o ante cámaras anteriores poco profundas). Se han tenido en cuenta los datos aportados por las diferentes fórmulas para optimizar el resultado.

La potencia se ha calculado para diferentes lentes intraoculares de tal forma que cada cirujano ha podido elegir entre las diferentes lentes disponibles en nuestro hospital (lente SN6CWS de Alcon, lente Micro+ A de Phision-MedicalMix o CTASPHINIA 409M de Zeiss).

Se han clasificado a los pacientes en tres grupos: aquellos casos con astigmatismos corneales menores a 1 dioptría y media que son candidatos a colocar una lente monofocal, los casos con un astigmatismo corneal entre 1 dioptría y media y 2 dioptrías y media que son candidatos a poder realizarse técnicas incisionales para corregirlo parcialmente, y, los pacientes con astigmatismos corneales mayores a 2 dioptrías y media que serían candidatos para una lente monofocal tórica.

Al detectar casos con astigmatismos mayores a 2 dioptrías y media se ha utilizado la página web de The ALCON® Online Toric IOL Calculator With the barrett toric algorithm. En dicha página se ha realizado el cálculo de la lente tórica necesaria utilizando la fórmula Barrett, en cada caso se introducen los datos necesarios (potencia de la lente intraocular aportada por el biómetro LENSTAR, curvatura corneal en su eje más plano y más curvo, y, el astigmatismo generado por cada cirujano según su experiencia personal). Cada oftalmólogo ha ajustado el astigmatismo que genera en la cirugía.

Se tienen en cuenta todos los aspectos que excluyen la posibilidad de realizar técnicas incisionales o la implantación de lentes intraoculares tóricas como por ejemplo leucomas o ectasias corneales, enfermedades retinianas que comprometan la agudeza visual, complicaciones intraoperatorias como roturas del saco capsular o debilidad zonular.

Se ha mejorado en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados independientemente de la técnica elegida al utilizar el marcador corneal-péndulo y el anillo de Méndez disponibles en quirófano. Se ha instalado la aplicación Goniotrans que ayuda a tomar referencias anatómicas y al marcado del eje del astigmatismo.

Se ha intentado lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual en cada caso, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

Durante toda esta actividad asistencial se ha tenido en cuenta el objetivo final que es satisfacer al paciente mejorando su agudeza visual y calidad visual (concepto al cual se le ha dado mayor importancia, "el paciente debe ver y debe ver con calidad").

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019 se han realizado en nuestro servicio 432 cirugías de catarata. En 20 casos se han realizado técnicas incisionales, incisiones paralelas en el eje corneal más curvo reduciendo en astigmatismo corneal entre 0.75 y 1 dioptría.

Se han implantado 8 lentes monofocales tóricas SN6AT. De ellas 1 es SN6AT5 que corrige 3.00 dioptrías de astigmatismo corneal, 5 son SN6AT7 que corrigen 4.50 dioptrías y 2 son SN6AT8 que corrigen 5.25 dioptrías.

Se ha obtenido una visión media de lejos sin necesidad de corrección óptica de 0.9 sobre 1. La valoración de la agudeza visual de lejos por parte de los pacientes ha sido muy positiva con un gran impacto en su calidad de vida (valoración media de 4.5 sobre 5). La valoración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

El 90% de los pacientes ha necesitado corrección óptica para una distancia de trabajo intermedia-cercana (para realizar actividades a 30-45 centímetros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los miembros de nuestro servicio han continuado trabajando e intentando mejorar en la valoración realizada previa a la cirugía. Se han incorporado nuevos conceptos y parámetros aportados por el biómetro LENSTAR, (parámetros que ayudan a comprender y a mejorar la calidad visual del paciente). Para lograrlo, cada caso se ha tratado de forma individualizada y se han tenido en cuenta las preferencias de cada paciente (actividades de los mismos y su deseo de continuar utilizando gafas o prescindir de ellas). Nuestro objetivo es lograr que nuestros pacientes se encuentren satisfechos tras la cirugía de la catarata, que tengan una buena agudeza visual de lejos y de cerca, una buena calidad visual y que puedan desarrollar cómodamente sus actividades cotidianas. Por ese motivo siempre tenemos como referentes las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Oftalmología que indican considerar la cirugía de catarata como una cirugía "faco-refractiva". Pero siempre el resultado deseado dependerá de las predilecciones de cada caso.

7. OBSERVACIONES.

Debemos seguir trabajando en esta línea, no solamente corrigiendo el defecto refractivo y consiguiendo la emetropía. Debemos conseguir que cada paciente vea y que vea con calidad. Se debe mejorar la visión en las diferentes distancias de trabajo y su calidad. No hemos logrado implantar las lentes de foco extendido (como la lente TECNIS SYmfony) que permiten a los pacientes ver a todas las distancias gracias al aumento de la profundidad de enfoque. Nuestro deseo es poderlas ofertar a nuestros pacientes. De esta forma buscamos lograr la independencia de las gafas, sobre todo en pacientes más jóvenes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/225 ===== ***

Nº de registro: 0225

Título
MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, PASTOR ESPUIG MARIA, GARGALLO BENEDICTO AMPARO, OLATE PEREZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas. En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo. La catarata constituye la opacificación del cristalino y ocasiona un déficit visual asociado a una peor calidad de vida de los pacientes. El astigmatismo es un defecto de refracción en el que ni por acomodación, ni modificando la distancia de los objetos, el ojo es capaz de obtener imágenes enfocadas. El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual, posibilidad de presentar diplopía monocular, fotofobia, dificultad en situaciones escotópicas y dificultad de percibir objetos en movimiento. En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía "faco-refractiva", es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente. Intentamos lograr la mejor situación refractiva según sus necesidades. En la mayoría de los casos tenemos que intentar conseguir la emetropía).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar el paciente que vamos a intervenir. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo. Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo del paciente durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrías de astigmatismo en contra de la regla. Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes que vamos a intervenir de catarata. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía del paciente), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino. Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar en cada caso cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías. Mejora en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados. Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

MÉTODO

Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino. Características que podrían modificar nuestra actuación durante la cirugía. Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar. Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente. Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional. Existen nomogramas orientativos que nos guían en el efecto logrado según las características de dicha técnica insional, pero cada profesional debe conocer el resultado que consigue con su trabajo. El software Eyesuite nos puede ayudar a conocer el efecto que logra cada uno de los profesionales del servicio de oftalmología. Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes. Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseamos implantar en cada caso. Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando el astigmatismo sea mayor se planteará colocar una lente introcular tórica.

INDICADORES

Nivel de satisfacción de los profesionales.
Efecto logrado por cada profesional.
Nivel de satisfacción de los pacientes.
Situación refractiva deseada tras la cirugía.

DURACIÓN

Julio-Septiembre 2017: Implantar la utilización del software Eyesuite.
Septiembre 2017-Diciembre 2018: Puesta en marcha del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0177

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMIN NOVELLA LAURA
IBÁÑEZ CARRERAS REYES
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
PARDO SUS ALIDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se definió el papel de cada uno de los Servicios implicados en la aplicación de la Radioterapia Intraoperatoria (RIO), tanto del Obispo Polanco como del Miguel Servet. Se coordinó la actuación de todos y se plasmó en un protocolo consensuado que está disponible en la intranet del hospital. En el Comité de tumores mamarios del Obispo Polanco se seleccionaban las pacientes candidatas a recibir RIO y se iniciaba el protocolo de actuación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de febrero de 2019 en que se inició este sistema de trabajo y se tuvo la máquina de RIO disponible, hasta diciembre de 2019 se seleccionaron 22 pacientes candidatas a recibir la técnica. De ellas 21, finalmente la recibieron. No hubo problemas sustanciales en la coordinación ni retrasos significativos en los tiempos de cirugía. Teniendo todo esto en cuenta, se puede decir que hemos cumplido los objetivos marcados en el proyecto: 1) poner en marcha la técnica de la RIO, 2) Cumplir con el indicador previsto (pacientes que reciben RIO/pacientes que se indica RIO en el comité=21/22)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lo más destacable de este proyecto de mejora ha sido la excelente coordinación y disposición de todos los servicios implicados y de todo su personal. Los resultados alcanzados nos confirman que la coordinación entre diferentes hospitales, estamentos y servicios es posible y muy recomendable para mejorar la calidad de la asistencia, sobre todo de los Hospitales más pequeños.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, COMIN NOVELLA LAURA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, PARDO SUS ALIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer. El buen funcionamiento del Programa de Cribado en la provincia de Teruel, con una adherencia al programa superior a la media española, contribuye a la detección de un porcentaje importante de tumores en fases iniciales, estadios I y II.
Se ha demostrado que los pacientes que pertenecen a regiones que no permiten un acceso inmediato a la radioterapia presentan un uso menor de este tratamiento y peores cifras de supervivencia en comparación con los pacientes de áreas metropolitanas. Mediante la descentralización de la radioterapia se puede garantizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0177

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

la accesibilidad a los pacientes, manteniendo la calidad y la eficiencia. La finalidad es permitir el acceso al tratamiento en las mismas condiciones y garantías de calidad y seguridad a los pacientes que residen en poblaciones alejadas del hospital de referencia para la Radioterapia. La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la intervención quirúrgica del cáncer de mama de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre el tumor en la cavidad con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Este tratamiento es una dosis única que evita el tradicional tratamiento radioterápico postoperatorio en el hospital de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es demostrar que la aplicación de RIO en el Hospital Obispo Polanco es factible y útil para nuestra población.

MÉTODO

coordinar la actuación de todos los servicios implicados para poder realizar RIO en la cirugía conservadora de cáncer de mama en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

INDICADORES

Puesta en marcha del proceso.

Pacientes que reciben RIO/pacientes que se indica RIO desde el Comité de Tumores

DURACIÓN

A partir del 26 de febrero se realizará la cirugía mamaria con RIO en los pacientes que sean indicadas por el Comité de tumores de mama. Desde el comité se organizará la actuación de cada uno de los Servicios implicados, siguiendo un protocolo de actuación redactado en el 2018. En el primer trimestre de 2020, se medirán los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL
MARTIN CALAMA JESUS
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se realizó un protocolo de utilización del programa "Google Hangouts" utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios. Se ha procedido a la realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría según el calendario de sesiones clínicas del servicio de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet:

- Creación de 2 cuentas para realizar sistema de conferencia por aplicación google hangouts.
- Creación de protocolo de utilización de Google Hangouts (Documento adjunto)*
- Discusión de casos clínicos compartidos/trasladados entre ambos servicios durante parte de Guardia Hospital Infantil Miguel Servet (8:15- 8: 30 h).
- Actualización de profesionales sobre diferentes temas pediátricos mediante casos clínicos realizados por residentes (lunes 8:30-9:00 h).
- Repaso y puesta en común de protocolos de Urgencias de Pediatría (martes 8:30-9:00). En este sentido, gracias al sistema de videoconferencia se han realizado 2 sesiones multidisciplinarias con los servicios de Neuroradiología, Neurocirugía, UCI- P, Neuropediatría HUMS, Hospital Ernest LLuch de Calatayud, Hospital de Barbastro, Hospital Sn Jorge de Huesca, Hospital de Alcañiz y Hospital Obispo Polanco para el consenso del protocolo "Ictus en Pediatría, 18 de octubre y 29 de noviembre de 2019).
- Puesta en común de novedades en aspectos terapéuticos y diagnósticos de diversas patologías impartida por facultativos especialistas (miércoles 8:30- 9:00 y viernes (1-2/mes 8:30-9:00 h)).

Todo ello, ha permitido la actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la práctica y asistencia clínica ofrecida, así como adecuar y unificar los protocolos de asistencia de acuerdo con el centro de referencia. Además, dado que el servicio de Pediatría del Hospital Miguel Servet constituye el centro de referencia del Hospital Obispo Polanco, gracias al sistema de videoconferencia, se han podido comentar aquellos casos clínicos dudosos o de difícil diagnóstico ingresados en hospitalización, así como de traslados de pacientes realizados a dicho centro, favoreciendo la comunicación de los facultativos especialistas en ambos centros.

*Tutorial para realizar sesiones de comunicación entre el hospital Miguel Servet y el hospital Obispo Polanco

Contenido

1.1.	Introducción	3
1.2.	Requisitos requeridos	3
1.3.	Cuentas de Gmail	3
1.4.	Proceso para realizar la videollamada	3
1.4.1.	Iniciar sesión en Hangouts	3
1.4.2.	Realizar la videollamada	6
1.4.3.	Recibir la videollamada	8
1.4.4.	Funciones de la videollamada	8

1.1. Introducción

Este tutorial pretende describir como realizar las videollamadas entre el hospital Obispo Polanco de Teruel y el hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La herramienta que se va a utilizar para realizar estas videoconferencias se llama Hangouts. Esta es una aplicación multiplataforma desarrollada por Google Inc.

1.2. Requisitos requeridos

Para realizar estas videoconferencias se necesita una serie de requisitos mínimos en cada uno de los hospitales, estos son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

- Ordenador con conexión a internet y un navegador instalado. Hangouts funciona en todos los navegadores (Google Chrome, Firefox e Internet Explorer), puede ser que se comporte de diferente manera según el navegador para el correcto funcionamiento se recomienda Google Chrome y versiones lo más actualizada de estos.
- Cámara, altavoces y micrófono conectados al ordenador e instalados y configurados previamente.
- Cuenta de Gmail para cada uno de los hospitales.

1.3. Cuentas de Gmail
Cuenta Hospital Obispo Polanco:
Correo electrónico: polanco.servet@gmail.com
Cuenta Hospital Miguel Servet:
Correo electrónico: servet.polanco@gmail.com

Las contraseñas se deben solicitar al responsable correspondiente.

1.4. Proceso para realizar la videollamada
A la hora de realizar este tipo de videollamadas se puede realizar de muchas maneras como por ejemplo realizar convocatorias a través del Google Calendar. Pero para simplificar vamos a detallar el proceso más simple, que es realizar las videollamadas directamente desde Hangouts.

1.4.1. Iniciar sesión en Hangouts
Este proceso se tiene que realizar en los 2 hospitales correspondientes a la hora preestablecida. En este momento se debería tener conectados, instalados y configurados tanto el micrófono como la cámara y altavoces. Una vez conectados y encendidos todos estos dispositivos se inicia el navegador correspondiente.

Se introduce la siguiente URL en el navegador:
<https://hangouts.google.com/?hl=es>

En caso de no tener sesión iniciada, se debe introducir los credenciales de acceso, para ello:
Se pulsa sobre Iniciar Sesión:

Se introduce el correo electrónico y se pulsa el botón Siguiente:

Se introduce la contraseña y se pulsa el botón Siguiente:

En caso de que no se muestre la pantalla de Hangouts (esta se puede identificar porque se visualiza el título "Google Hangouts") se puede acceder a través del menú superior derecho:

Se pulsa sobre el icono correspondiente de Hangouts (en caso de que no se vea, se pueden ver más aplicaciones pulsando sobre el botón "Mas"):

Una vez se ha accedido a la pantalla de Hangouts se puede ver la pantalla de inicio de Hangouts:

1.4.2. Realizar la videollamada
Para realizar la videollamada se debe pulsar sobre el botón Videollamada.

Es posible que dependiendo del navegador que se utilice o si no se ha dado permiso previamente nos lo solicite para utilizar el micrófono y la cámara.

Se permite el acceso y se continúa.

Puede ser que en este punto nuestro navegador nos solicite la instalación de algún complemento para que pueda funcionar correctamente, se instala y se continúa.
En este momento si la cámara está bien configurada podremos ver de fondo lo que se ve desde la cámara.

En este punto se muestra una nueva ventana en la que invitar al otro hospital con el que se quiere tener la videollamada.

Se introduce el correo electrónico del hospital con el que se desea contactar y se pulsa sobre el botón invitar.

1.4.3. Recibir la videollamada
En el momento en el que se está recibiendo una videollamada se escucha un sonido de llamada y se muestra en el listado de conversaciones. Se pulsa contestar y en este momento ya están en comunicación los 2 hospitales.

1.4.4. Funciones de la videollamada
Una vez la videollamada esté establecida, en la zona superior derecha aparece una serie de botones que permite realizar acciones sobre la videollamada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

1. Botón izquierdo: permite invitar a más personas a la videollamada.
2. Botón central:
 - En la pestaña general, permite configurar los dispositivos como cámara, micrófono y altavoces.
 - En la pestaña de ancho de banda, permite configurar el ancho de banda de la red para mejorar la calidad de la videollamada.

3. Botón derecho: permite realizar más acciones tales como:

Compartir pantalla: Permite compartir la visualización del escritorio para que los invitados a la videollamada puedan ver powerpoints, documentos,...

Pantalla completa: Permite mostrar la ventana en pantalla completa. Para salir de la pantalla completa, se pulsa sobre Salir del modo de pantalla completa que se muestra en esta misma opción.

Chat: Permite escribir mensajes a los asistentes de la videollamada en forma de chat.

Ayuda: Muestra documentación con ayuda de Hangouts.

Danos tu opinión: Sirve para enviar comentarios al servicio de técnico de Google.

Una vez la videollamada esté establecida, en la zona inferior aparece una serie de acciones que permiten interactuar con el micrófono, cámara o finalizar la llamada.

1. Botón izquierdo: cuando está pulsado se silencia el micrófono. Para activar se vuelve a pulsar
2. Botón central: finaliza la videollamada.
3. Botón derecho: cuando está pulsado se deja de compartir la cámara. Para activar se vuelve a pulsar.

Una vez la videollamada esté establecida, en la zona inferior izquierda aparece una acción que permite mandar mensajes en modo Chat (es la misma funcionalidad que se comentó anteriormente).

En caso de que estos botones de acciones no aparezcan solo se debe mover el ratón para visualizarlos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 1 de febrero hasta el 15 de diciembre suspendiéndose de forma temporal las sesiones entre ambos centros, los meses de julio a septiembre, dada la realización de reformas en el Hospital Infantil Miguel Servet y excluyéndose aquellos días en los que no se ha podido realizar por demanda asistencial, sesiones clínicas internas o festividad.

-1. Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 3-4 días por semana/ total de días entre semana: 47,3%.

- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 75,5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de la videoconferencia entre dos servicios clínicos de Pediatría, siendo uno de ellos el hospital de referencia, constituye una herramienta muy útil de comunicación entre los diferentes profesionales, así como permite la docencia y la actualización de los diferentes profesionales sanitarios y la unificación de criterios a nivel de diferentes hospitales, con el objetivo de optimizar la asistencia clínica ofrecida a nuestros pacientes.

Es de destacar la implicación de ambos servicios para la realización de las videoconferencias, aunque en ocasiones factores externos anteriormente mencionados, han dificultado la realización de las mismas, afectando de manera negativa a los indicadores de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE,
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO

El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES

- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN

La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0031

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR
MARTIN RUIZ NURIA
BENITO COSTEY SILVIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
SANCHEZ MARCO SILVIA
ADAN LANCETA VICTOR
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se llevó a cabo una reunión con la Asociación de Celiacos de Aragón (Teruel) para conocer la percepción de necesidades antes de desarrollar estos textos y consensuar su contenido.
- Se desarrolló un texto con toda la información que se consideró básica para el paciente celiaco en el momento de su diagnóstico: descripción de la enfermedad, explicación del diagnóstico, clínica y complicaciones, tratamiento y pronóstico.
- Se incluyó en el texto la forma de realizar la dieta sin gluten.
- Se escribieron estos textos en: castellano, inglés, urdu, árabe y rumano.
- Se colgaron todos ellos en la intranet del Sector Teruel (para su empleo en atención primaria y especializada) y se hizo llegar a la Asociación de Celiacos para su empleo por ellos.
- Se han distribuido estos textos entre los pacientes pediátricos de nuevo diagnóstico y aquellos pacientes ya diagnosticados que presentaban barrera idiomática relevante o dificultades en el control de su enfermedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desde la consulta de Gastroenterología pediátrica se han repartido los siguientes textos en aproximadamente 6 meses: 12 en castellano, 7 en árabe, 3 en urdu, 2 en rumano.
- Se ha observado que 2 pacientes de habla urdu y 2 de habla árabe que presentaban un control muy irregular de su enfermedad han mejorado claramente los resultados analíticos.
- En los pacientes recién diagnosticados, la entrega de esta información por escrito permitió afrontar inicialmente su enfermedad de una manera más comprensible y sencilla, además de poder difundir fácilmente esta información entre el resto de la familia y entorno.
- En una encuesta hecha en el control siguiente a la entrega: el 100% de los padres consideraron "muy positiva" la entrega de esta información al diagnóstico, que consideraron "muy comprensible" en más del 90% y con contenidos "suficientes" en más del 90%.
- No ha podido realizarse el recuento de textos entregados por parte de otros colectivos: atención primaria, asociación de celiacos...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La entrega de información al diagnosticar a un paciente de una enfermedad crónica que requiere un manejo específico es muy útil para poner al paciente y su familia en un contexto adecuado y facilitar la comprensión de la enfermedad y mejorar el tratamiento.
- Vivimos en una realidad social multicultural en la que debemos adaptar los medios de que disponemos al entorno en la medida de lo posible, por lo que la adaptación idiomática de estos recursos informativos puede resultar muy útil en estos sectores de la población, incluso mejorando el manejo de estas patologías.
- Con el tiempo, deberemos adaptar estas hojas informativas a los cambios que se produzcan en el manejo y la información de la enfermedad celiaca, de forma que deben ser un recurso dinámico y en constante evolución.
- En el futuro, planteamos el interés que podría tener desarrollar recursos similares para otras situaciones y patologías, tanto en el ámbito pediátrico como en adultos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/31 ===== ***

Nº de registro: 0031

Título
ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

Autores:
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR, MARTIN RUIZ NURIA, BENITO COSTEY

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0031

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

SILVIA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, SANCHEZ MARCO SILVIA, ADAN LANCETA VICTOR, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cuidados en pediatría
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad celíaca es una patología frecuente en nuestro medio, ya que se calcula que entre el 1-1.5% de la población podría padecerla. El mayor conocimiento sobre la enfermedad y la accesibilidad de las pruebas han permitido que el diagnóstico cada vez se lleve a cabo en edades más tempranas. El pronóstico, las complicaciones y la evolución de la enfermedad dependerán de que los pacientes sigan una dieta sin gluten estricta de la forma más adecuada posible. Para ello, es imprescindible que los pacientes y sus familias sepan en qué consiste la celiaquía, entiendan las consecuencias de un mal control y aprendan a llevar una adecuada dieta sin gluten. Esto es muy complicado en aquellos pacientes con una barrera idiomática importante que impida una adecuada comunicación paciente-facultativo. Todo esto conlleva un mal control que deriva en complicaciones, persistencia de la sintomatología, estrés familiar y de forma más indirecta en gasto sanitario derivado de tratamientos y pruebas repetidas para monitorizar estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

-Acercar la información en términos comprensibles a todos los colectivos, rompiendo la barrera idiomática que impide una correcta adhesión al tratamiento por falta de comprensión, con los consiguientes fallos y lagunas.
-Visibilizar una realidad cambiante en cuanto a nuevos perfiles de pacientes con motivo de los flujos migratorios que forman parte del cupo de pacientes de nuestro sector sanitario.
-Gesto solidario hacia colectivos más frágiles que por sí mismos no tienen capacidad para traducir los datos que se les facilita desde el sistema, y utilizan para ello vías incorrectas que provocan errores en la información y en consecuencia, en su aplicación.
-Garantizar que el grueso de pacientes va a recibir una información clara, precisa, objetiva, actualizada y en su lengua materna, con una traducción oficial.
-Romper las interferencias en la comunicación de instrucciones y consejos entre paciente pediátrico (y su familia/ contexto) y facultativo (sistema sanitario).
-Facilitar al resto de profesionales sanitarios una herramienta muy útil para difundir entre sus pacientes, dado que va a quedar disponible en la intranet del Sector Sanitario Teruel.

MÉTODO

Se pretende crear un documento en castellano que contenga la información básica que debe recibir un paciente celíaco en el momento del diagnóstico, y que contenga la siguiente información:

- Definición y concepto de celiaquía.
- Formas de diagnóstico en edad pediátrica.
- Seguimiento, enfermedades asociadas y complicaciones derivadas de la enfermedad.
- Lista de alimentos con gluten y sus diferentes formas de presentación.
- Alimentos sin gluten. Explicación sobre los principales logotipos que hacen referencia a que un producto está libre de gluten.
- Contaminación cruzada y como evitarla.

Se traducirá este texto a los idiomas correspondientes a las etnias más prevalentes en el sector: árabe, rumano, urdu e inglés (idioma internacional).

Este documento estará accesible en la intranet del sector, y se pondrá especialmente a disposición de:

- Pacientes celíacos y sus familias, adaptando el idioma del texto al que mejor dominen.
- Pediatras de atención primaria y de Hospital que controlen pacientes celíacos.
- Equipo de Orientación Psicospedagógico de Educación Infantil y Primaria que corresponde a nuestro sector.
- Asociaciones de salud vinculadas a la celiaquía.

INDICADORES

- Se hará un recuento del número de pacientes que reciben este texto en la consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Obispo Polanco. Se contabilizarán fundamentalmente los pacientes con mal control actual de su enfermedad y nuevos diagnósticos.
- Se comprobará la evolución (mediante marcadores clínicos y analíticos) de aquellos pacientes con mal entendimiento del castellano, que hasta ahora han llevado un mal control de su enfermedad.
- Se comprobará la evolución clínica y analítica de aquellos pacientes de nuevo diagnóstico.
- Se realizará una breve encuesta de satisfacción a los pacientes que reciban la información en lengua extranjera.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0031

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

Realizar el texto en Febrero 2019.
Traducción del texto en castellano a los idiomas propuestos (Marzo-Abril 2019).
Posteriormente se comenzará a repartir la información y recoger indicadores para monitorizar el rendimiento del proyecto mediante los indicadores descritos

OBSERVACIONES

Si el proyecto es efectivo, podría extenderse a otros sectores sanitarios en un futuro.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADAN LANCETA VICTOR
HERRERO CRESPO MARIA ELENA
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA
ARMENGOD MARZO MARIA JOSE
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
AREVALO MARTINEZ INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un análisis de las visitas más frecuentes al servicio de urgencias y en los centros de salud por aspectos relacionados con los cuidados y aspectos básicos del recién nacido durante el primer mes de vida. De igual modo se han observado las situaciones que generan mayor ansiedad a los padres y familiares de los recién nacidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha encontrado que el principal motivo de preocupación de los padres y de consulta es el llanto del recién nacido, con exploración física y exploraciones complementarias dentro de la normalidad y con diagnóstico de niño sano al alta. Otro motivo habitual de consulta está relacionado con el hábito deposicional del recién nacido, tanto por exceso como por defecto, con ausencia de patología en la mayoría de las situaciones, salvo un diagnóstico de enfermedad de Hirsprung con clínica de ausencia de deposición durante 10 días y dos gastroenteritis agudas que cursaban con deposiciones diarreicas acompañadas de vómitos y febrícula. La tercera causa de consulta son los exantemas cutáneos en recién nacidos, todos ellos fisiológicos sin haberse demostrado patología en ninguno de ellos. Frecuentemente se reciben consultas a urgencias por cambios en la coloración de la orina del recién nacido, siendo estas normales en todos los casos. El sueño y el ritmo circadiano del recién nacido también son motivos frecuentes de consulta por la diferencia con el sueño del niño mayor o del adulto. Existen otros motivos de consulta como el estado del cordón umbilical y la ictericia del recién nacido que también son dignos de mencionar por su frecuencia. También se ha observado un uso creciente de recursos en internet por parte de los padres de los recién nacidos y sus familias, no teniendo éstos soporte científico en la mayoría de los casos, lo que puede dar lugar a confusiones o suscitar errores en el manejo del recién nacido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha elaborado un manual del recién nacido para padres tomando como base los motivos de consulta y de preocupación paterna más frecuentes explicados en el apartado previo. En dicho manual se han recogido también otros temas de interés para los cuidados del recién nacido sano. El contenido del manual es el siguiente:

1. Lactancia materna:

Tras el parto se observará que en el pecho se produce calostro en pequeñas cantidades. Vuestro bebé tiene el estómago del tamaño de una cereza y esa cantidad de calostro es todo lo que necesita. Podrás ofrecerle el pecho a demanda. La duración de cada toma también la establece el bebé. Hay que ofrecerle el pecho cada vez que muestre signos de hambre (abrir la boca, chuparse los puños, buscar y girar la cabeza...), antes de que empiece a llorar desconsoladamente, puesto que podría ser más difícil calmarlo y conseguir un agarre correcto al pecho. Por otro lado si el bebé está dormido es preciso despertarlo para que realice las tomas aproximadamente cada 3 horas durante los primeros días.

Una correcta posición de la madre y del bebé son clave para una lactancia materna eficaz. La nariz del recién nacido tiene que estar a la altura del pezón para que extienda ligeramente el cuello. Además, debe coger un buen trozo de areola (no solo el pezón), y mamar con la boca muy abierta y los labios hacia afuera. También es importante, que tenga la cabeza y el cuerpo alineados y que el recién nacido mantenga un estrecho contacto contigo "ombligo con ombligo". Hay que evitar que la cabeza del bebé esté girada o flexionada durante la toma.

Es recomendable evitar tetinas y chupetes especialmente al principio, ya que pueden confundir a vuestro bebé. Es importante que acudáis al Centro de Salud tras el alta, para observar la evolución de la lactancia, y resolver vuestras dudas.

Muy pocas medicinas, enfermedades maternas u otros motivos contraindican la lactancia materna. Podéis consultar su compatibilidad con vuestro pediatra o en esta web: www.e-lactancia.org.

2. Lactancia con fórmula adaptada:

Cuando se decida llevar a cabo la alimentación con leche de fórmula, deberá emplearse durante los primeros 6 meses una fórmula de inicio o tipo 1.

¿Qué agua emplear para preparar el biberón? Preferentemente debería emplearse agua envasada.

¿Qué biberón puedo usar? El biberón puede ser de cualquier material mientras esté homologado. La tetina puede ser redonda o plana.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

¿Debo esterilizar el biberón? En condiciones higiénicas habituales en España, es suficiente con lavar los biberones con agua y jabón.

¿Cómo preparar el biberón con fórmula en polvo?

- Asear las manos.
- Hasta los 9-12 meses de vida deberíamos hervir el agua durante 1 minuto.
- Añadir la fórmula en polvo al agua, con la proporción de un cazo por cada 30 ml de agua.
- Agitar hasta que la fórmula se disuelva por completo en el agua, sin quedar grumos.
- Ofrecer el biberón al niño. No debe darse el biberón con el niño dormido, podría atragantarse.
- Se recomienda consumir la leche nada más prepararla para evitar la contaminación por bacterias. Si se va preparar la fórmula fuera de casa es mejor no llevarla preparada, sino llevar el agua y la leche por separado y prepararlo en el momento.

¿Qué cantidad debe tomar el bebé?

La cantidad de leche es variable entre cada niño y en las diferentes tomas. Durante los primeros 10-14 días lo habitual es que exista una tendencia a aumentar la cantidad de leche por toma de forma casi diaria.

3. Situaciones fisiológicas del recién nacido:

a) Exantema cutáneo y dermatitis seborreica

Pueden aparecer en la piel durante los dos primeros días de vida una serie de granitos con un halo rojizo y un punto blanquecino en su interior. Se trata de un exantema normal en los recién nacidos, que no entraña problemas ni preocupación.

Además, hacia las 2 semanas de vida en vuestro bebé se puede observar dermatitis seborreica. Se trata de unas manchas escamosas ligeramente rojas o amarillentas grasientas. No suele provocar picazón ni malestar, por eso inicialmente no se recomienda tratamiento.

b) Ojos y vista

Es frecuente encontrar secreción blanquecina en los ojos. No se trata de una infección. Los recién nacidos no tienen completamente permeable el conducto del canto interno de cada ojo cuya función es drenar las lágrimas y secreciones. Se recomienda masajear de forma suave con el dedo meñique y limpiar la secreción ocular con suero fisiológico. Vuestro bebé puede ver, pero no es capaz de enfocar con precisión a diferentes distancias. El recién nacido fija la mirada en rostros cercanos. Progresivamente irá enfocando de forma más precisa. En torno al mes de vida el bebé ya fija la mirada.

c) Estornudos y mucosidad

Los estornudos son un mecanismo normal de limpieza de las fosas nasales. No indican que el niño este acatarrado. Los ruidos de moco en la nariz también son normales.

d) Temblores y sobresaltos

Es normal que vuestro bebé presente alguna sacudida ocasional de extremidades "como si se asustara" así como temblores de corta duración. Si persisten más allá del mes, son muy prolongados o muy frecuentes podéis consultar a vuestro pediatra.

e) Deposiciones

Los primeros 2-3 días son oscuras y se denominan meconio. Posteriormente en niños alimentados al pecho serán amarillentas, líquidas, con grumitos y a veces con burbujas de gas. El número es variable desde una deposición cada toma a una cada 2 días o más. Si vuestro recién nacido es alimentado con leche de fórmula las deposiciones suelen ser más pastosas y menos frecuentes pero no duras. Si las heces son muy duras, el abdomen está distendido y el recién nacido lleva varios días sin deposición o vomita, es recomendable acudir a su médico.

f) Orina

La orina de los bebés contiene una sustancia llamada Uratos que cuando se secan en el pañal dan una tonalidad rojiza, anaranjada o sonrosada. Esto no debe confundirse con sangre. Es completamente normal en un recién nacido.

g) Regurgitaciones

Tras la toma o el eructo el bebé puede expulsar un poco de leche, a esto se le denomina reflujo. Si el bebé está alegre, gana peso y los vómitos no son continuos se considera una situación normal. En caso contrario se puede consultar al pediatra.

h) Fiebre

La temperatura normal de un bebé varía entre 36° y 37,5°. Consideraremos fiebre a partir de 38°. Vuestro recién nacido no debería tener fiebre. Si supera los 38° y si se encuentra decaído o presenta mal color es recomendable acudir inmediatamente a un servicio de urgencias.

4. Piel con piel y método canguro:

El contacto piel con piel temprano inmediatamente después del parto permite al bebé mantenerse en contacto con la piel de la madre. El contacto piel con piel también puede ser posteriormente al parto y entre el padre y el bebé y también puede realizarse aunque el niño reciba alimentación con fórmula adaptada.

Se ha demostrado que el contacto piel con piel proporciona los siguientes beneficios:

- Calma y relaja tanto a la madre como al bebé tras el parto.
- Favorece la recuperación postparto de la madre.
- Ayuda a vuestro bebé a adaptarse a la vida fuera del útero tras el parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

- Regula la temperatura, frecuencia cardíaca y la respiración del bebé.
- Estimula la liberación de hormonas que ayudan la lactancia materna.
- Estimula una alimentación temprana.
- Permite la colonización de la piel del recién nacido con las bacterias beneficiosas de la madre, lo que proporciona protección contra infecciones.
- Estimula la digestión de vuestro bebé pudiendo disminuir el riesgo de cólicos del lactante.
- Ayuda a proporcionar un mayor periodo de sueño y de mejor calidad.
- Refuerza el vínculo afectivo y emocional con vuestro bebé.
- Favorece un mayor desarrollo del cerebro a nivel cognitivo y ejecutivo.

5. Cuidados del cordón umbilical:

El cordón umbilical es la estructura que durante la gestación conecta al niño con la placenta de la madre permitiendo el paso de nutrientes. Una vez ha nacido el bebé éste se secciona y se coloca una pinza cercana a la piel. Inicialmente es de color blanquecino o amarillento y de consistencia gelatinosa. Progresivamente se va tornando negrozco y se va secando hasta que se cae quedando solo la piel. El cordón umbilical no duele. Se debe procurar mantenerlo siempre limpio y seco para favorecer la caída y prevenir infecciones. Los productos más extendidos para la cura del cordón umbilical han sido el alcohol de 70° y la clohexidina, aunque recientemente se ha postulado el uso de agua y jabón o dejar secar al aire sin ningún producto adicional. Lo más importante es mantener seca la zona del cordón umbilical para evitar el retraso en la caída del mismo o complicaciones. Mientras el cordón umbilical no se haya desprendido es conveniente no sumergir al bebé en agua para bañarlo.

Los siguientes signos suelen ser motivos de visita al pediatra y se debería acudir si aparecen:

- Mal olor en la región del cordón.
- Enrojecimiento o hinchazón en el cordón o en la piel del abdomen que lo rodea.
- Presencia de secreción purulenta.
- Un sangrado mínimo puede ser normal pero no si es en exceso.
- Aparición de fiebre o de mal estado general del bebé.
- Retraso en la caída del ombligo posterior a los 15-20 días de vida.

6. Ictericia fisiológica del recién nacido:

Coloración amarillenta de piel y mucosas (ojos, lengua y encías), ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina. Se trata de algo muy frecuente en los recién nacidos por dos motivos: los recién nacidos fabrican más bilirrubina que los adultos y el hígado de un recién nacido todavía se está desarrollando y puede no ser capaz de eliminar tanta cantidad de bilirrubina.

La ictericia suele aparecer alrededor del segundo o tercer día de vida. La piel se suele empezar a poner amarillenta primero en la cara, luego en el pecho y el abdomen y, por último, en las piernas. La ictericia también puede hacer que el blanco de los ojos (escleróticas) del bebé adquieran una tonalidad amarillenta. Es importante que el pediatra evalúe su ictericia unos días después. Los padres también podéis fijaros en la piel de vuestro bebé para detectar la ictericia.

La mayoría de los casos de ictericia neonatal no requiere tratamiento. Para los niveles altos de bilirrubina, se puede utilizar la fototerapia, un tratamiento con una lámpara especial que ayuda al cuerpo a eliminar la bilirrubina. No está demostrado que la exposición al sol ayude a descender las cifras de bilirrubina en sangre.

Se debe consultar al pediatra o médico de atención primaria si:

- El bebé tiene ictericia durante las primeras 24 horas de vida.
- La ictericia se está extendiendo, oscureciendo o intensificando.
- El bebé tiene una temperatura mayor a 37,8° C.
- El bebé tiene mal aspecto y/o se comporta como si se encontrara mal.
- El bebé no succiona adecuadamente del pecho o del biberón.
- El bebé se encuentra más somnoliento que de costumbre.

7. Llanto del recién nacido:

Ningún bebé habla, pero todos lloran, y lo hacen nada más nacer. En el mismo momento en que se coloca al niño recién nacido en los brazos de su madre empieza la comunicación: tacto, mirada, sonidos... Todo sirve para transmitir al bebé que su madre está ahí y a la madre para aprender a conocer a su hijo. El llanto de un bebé tiene muchos propósitos. El llanto comunica y transmite sensación de malestar, dolor, molestias a estímulos ambientales, frío, calor, hambre, sed, aburrimiento o descontento, tal como ocurre cuando es separado de su madre. El llanto forma parte del desarrollo normal de los niños. Durante los primeros 3 meses de vida, los bebés lloran una media de 2 horas al día, con un aumento del número y duración de los episodios de llanto hasta las 6-8 semanas de vida, que después va disminuyendo.

¿Cuáles son las causas más habituales del llanto de un bebé?

- Necesidades fisiológicas: hambre, sueño, frío, pañal sucio, necesidad de estar en brazos. Llorar es la forma que tiene vuestro bebé de atraer vuestra atención. En estos casos vuestro bebé se tranquilizará si se satisfacen sus demandas.

- Cólicos del lactante: es un llanto intenso de al menos 3 horas al día, 3 días a la semana durante al menos 3 semanas en un bebé sano y bien alimentado. Son episodios de llanto inconsolable, que se producen predominantemente por la tarde, y van acompañados de enrojecimiento facial, puños cerrados, distensión abdominal, flexión de piernas sobre abdomen e hiperextensión de la espalda al estar en brazos. En países donde los niños están en contacto continuo con el cuerpo de sus madres y son amamantados a demanda se observa una duración mucho menor de los episodios de llanto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

- Algunos problemas de salud: menos de 5% de los episodios de llanto son debidos a enfermedades. En estos casos, además del llanto excesivo, suele haber otros síntomas asociados. Pueden ser: intolerancia a la proteína de leche de vaca o a la lactosa, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, torsión de testículo, hernia inguinal, algunas infecciones como la otitis o la infección urinaria.

¿Cuándo se recomienda consultar con el pediatra?

En caso de llanto inconsolable que asocia otros síntomas o comportamientos no habituales como irritabilidad, fiebre, vómitos, hernia que no se consigue reducir.

¿Cómo se trata el llanto del bebé?

La única medida que parece ser eficaz es vuestra respuesta al llanto del bebé: conocer el patrón del llanto, responder con prontitud, alimentar con lactancia materna a demanda y favorecer el contacto físico, cogiendo al bebé en brazos a menudo y, sobre todo, durante el llanto. Es fundamental que os encontréis calmados, para así transmitir al bebé esa tranquilidad. Se debe evitar zarandear al niño.

8. Sueño del recién nacido:

Cada bebé, tiene un patrón de sueño diferente. Tras el nacimiento los niños duermen unas 16-18 horas, disminuyendo progresivamente conforme el niño se va haciendo más mayor. Presentan despertares frecuentes, cada 1-3 horas. No es fácil saber cuando vuestro bebé va a dormir "del tirón". Cada niño lo hará a una edad diferente, aunque más o menos, a los 3 años, suelen dormir toda la noche sin despertares.

La forma de dormir a un bebé, es una decisión que toma cada familia, según sus necesidades. Hay familias que deciden compartir cama con sus hijos (colecto), bien en una cuna sidecar o bien en su misma cama y otras que prefieren que duerma en su propia cuna.

Es importante que vuestro bebé vaya distinguiendo entre la noche y el día. Por la noche es bueno que el ambiente sea tranquilo, sin ruido y sin luz, y que aprenda a conciliar el sueño tras los despertares nocturnos. Por el día, las siestas diurnas deben ser con luz y con los ruidos habituales de una casa.

9. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante:

El síndrome de muerte súbita del lactante se define como "la muerte repentina de un niño menor de un año sin causas aparentes y a la cual no se encuentra explicación".

La mayor parte de los casos ocurren entre la medianoche y las 9 de la mañana, durante el sueño. También hay más casos en los meses fríos y húmedos.

Consejos para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante:

- Colocad a vuestro bebé "boca arriba" en la cuna, ni boca abajo ni de lado.
- Su cuna debe ser un lugar seguro para dormir:
- Evitad que la ropa (sábana, colcha...) cubra su cabeza.
- El colchón debe ser firme.
- No coloquéis almohadones ni peluches.
- Los protectores de la cuna deben estar bien fijados.
- Temperatura entre 20-22°C y no abrigarlo en exceso.
- La lactancia materna tiene un efecto protector frente al síndrome de muerte súbita del lactante.
- Evitar cohecho en:
 - Lactantes menores de 3 meses.
 - Prematuros y de bajo peso al nacimiento.
 - Situaciones de cansancio extremo.
 - Padres que han consumido tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
 - Sofás, superficies blandas, colchones de agua.
 - Camas compartidas con otros niños o personas.
- Ofreced chupete para dormir, una vez que la lactancia materna esté bien establecida. Si el bebé no lo quiere, no forzarlo.
- Evitar tabaco.
- Vacunación correcta.

10. Recursos en internet:

Estamos rodeados de infinidad de fuentes de información, por lo que es normal consultar temas de salud. Se enumeran un grupo de recursos informativos recomendables.

- Familia y salud. <http://www.familiaysalud.es/>
- En familia. <http://enfamilia.aeped.es/>
- Zona de padres de la SEPEAP
- e-lactancia. Web de consulta sobre compatibilidad de fármacos y otros productos con la lactancia materna. <http://www.e-lactancia.org/>
- Mamar. La webica. Divulgación de conocimientos sobre lactancia materna. <http://www.elgipi.es/lawebica.htm>
- Hojas informativas de la SEUP. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. <https://seup.org/padres/>
- Área familias de Comité Asesor de Vacunas - AEP. Existe información detallada de cada una de las vacunas. <http://vacunasaeop.org/familias>
- Dos pediatras en casa. Es un blog creado por una pareja de pediatras, Elena Blanco y Gonzalo Oñoro. <https://dospediatrasencasa.org/>
- Diario de una mamá pediatra. Blog creado por Amalia Arce, pediatra. <https://www.dra-amalia-arce.com/>
- Lucía, mi pediatra. Archiconocido blog, creado hace unos años por Lucía Galán. <https://www.luciamipediatra.com/>
- Neuropediatra.org. Blog creado por la pediatra especializada en Neurología Infantil, María José Mas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

<https://neuropediatra.org/>

7. OBSERVACIONES.

Se trata de una memoria de seguimiento porque permanece pendiente la entrega de este manual de recién nacidos a los padres y familias de los recién nacidos de maternidad del Hospital Obispo Polanco y la valoración de la disminución de la ansiedad materna y paterna y de las consultas a urgencias por los motivos previamente mencionados en el apartado resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/179 ===== ***

Nº de registro: 0179

Título
REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO (RN) PARA PADRES

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, ADAN LANCETA VICTOR, HERRERO CRESPO MARIA ELENA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, ARMENGOD MARZO MARIA JOSE, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, AREVALO MARTINEZ INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Uso racional del servicio de urgencias, mejora de la información al usuario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el primer mes de vida de un RN suceden cambios normales y que no suponen un riesgo para el bebé. Sin embargo, en ocasiones, estos cambios y otros aspectos de RN como los cuidados básicos, generan ansiedad y preocupación en los padres. Esto tiene como consecuencia un número elevado consultas en el servicio de urgencias y en los CS por aspectos relacionados con los cuidados y aspectos básicos del RN durante el primer mes de vida.

A pesar de realizar una cuidadosa exposición verbal a los padres en la consulta prenatal realizada previamente al parto y durante el ingreso en maternidad las primeras 48 horas de vida del RN donde además se resuelven las dudas inmediatas, son momentos en los que la emoción por el nacimiento de un hijo y, el desconocimiento de todo lo que sucederá después hacen que la información transmitida de forma verbal y las dudas consultadas sean insuficientes y probablemente olvidadas posteriormente.

Para intentar mejorar la situación descrita se propone la realización de un manual para padres donde quede detallado por escrito los cuidados básicos que precisa un recién nacido y otros aspectos de su desarrollo y cambios que pueden observar durante el primer mes de vida. Se pretende especificar de forma más detallada cuales de estos cambios se encuentran dentro de la normalidad y cuales serían signos de alarma que obligarían a consultar en un servicio de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es explicar y resolver por escrito todas las dudas que pueden surgir a los padres durante el primer mes de vida de su hijo. De esta forma se pretende disminuir la ansiedad familiar relacionada con los cuidados básicos del recién nacido y los cambios que se pueden observar en el mismo durante la época neonatal. Los padres pueden realizar una lectura del manual durante el ingreso en maternidad y resolver las dudas pertinentes con el personal médico y una vez en domicilio pueden recurrir al manual para comprobar si los cambios que está realizando su bebé se encuentran dentro de la normalidad o por el contrario debe ser atendido por un servicio de urgencias. De este modo, el objetivo secundario es conseguir un uso más racional del servicio de urgencias y de las consultas de pediatría, siendo precisada atención médica solo en los casos en los que se encuentren signos de alarma.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se propone la realización de un manual para padres donde quede detallado por escrito los cuidados básicos que precisa un recién nacido y otros aspectos de su desarrollo y cambios que pueden observar durante el primer mes de vida. Se pretende especificar de forma más detallada cuales de estos cambios se encuentran dentro de la normalidad y cuales serían signos de alarma que obligarían a consultar en un servicio de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

Previamente a la realización del manual se recogerán los motivos de consulta más frecuentes en urgencias o en el centro de salud relacionados con aspectos del cuidado y desarrollo del bebé durante el primer mes de vida, así como los que producen más preocupación familiar. Para ello se propone establecer comunicación entre todos los profesionales que atienden recién nacidos, como miembros del servicio de Maternidad y de Pediatría del hospital, pediatras y matronas del Centro de Salud del Sector Teruel y personal del Servicio de Urgencias, para obtener los motivos de consulta más frecuentes.

INDICADORES

Los indicadores para monitorizar el proyecto se basarán en la mejoría en la preocupación y ansiedad familiar en el contexto explicado de los cambios que se producen durante el primer mes de vida en el recién nacido. Se observará este indicador valorando el descenso de consultas en pediatría o en urgencias hospitalarias y del centro de salud por dichos aspectos del recién nacido.

DURACIÓN

Se explorará inicialmente las dudas más importantes y que puedan generar más preocupación a los padres de recién nacidos ingresados en planta de maternidad y se realizará una búsqueda de los motivos más frecuentes de visitas al servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco y a los Centros de Salud. Posteriormente se elaborará por parte de los Pediatras miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco y Pediatras de Atención Primaria de los Centros de Salud del Sector Teruel un manual de cuidados básicos del recién nacido atendiendo a estas recomendaciones. Para terminar se comprobará la eficacia de dicho manual en cuanto a disminuir la ansiedad y preocupación familiar y por tanto las consultas en Servicios de Urgencias y Centros de Salud por motivos de cuidados básicos y cambios dentro de la normalidad en los recién nacidos durante el primer mes de vida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0294

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO ALIJARDE LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COTE SAEZ BEGOÑA
FERNANDEZ CAZORLA ESTHER
ESTEBAN CASTILLO MARIA TERESA
VICENTE MONFORTE PILAR
YUSTE MARTIN AMPARO
MAICAS PEREZ ANA BELEN
MARTIN RUIZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La puesta en marcha de la consulta de seguimiento del Recién nacido de riesgo al alta de maternidad se inició el 1 de Julio de 2019. Actualmente, en nuestro medio, es habitual realizar alta de maternidad en las primeras 48-72 horas de vida, momento en que el recién nacido se encuentra en pico máximo de pérdida ponderal, momento en que aparecen dudas y dificultades en la instauración de la lactancia materna y momento en el que todavía no se ha alcanzado el pico máximo de hiperbilirrubinemia. Por tanto, en muchos de los recién nacidos, al alta de maternidad, debemos asegurar un correcto seguimiento y apoyo en las siguientes 24-48 horas, seguimiento que muchas veces no puede ser ofrecido desde su centro de atención primaria. Por tanto, el recién nacido, que al alta de maternidad, se recomienda un control en las siguientes 24-48 horas, es citado en nuestra consulta de seguimiento del recién nacido de riesgo al alta de maternidad. Ahí se recibe, se realiza el control necesario, generalmente peso y niveles de bilirrubina, se realiza el apoyo necesario en la correcta instauración de la lactancia materna visualizando cuando es preciso una toma para mejorar técnica y agarre y se resuelven las dudas y problemas que han podido aparecer en las primeras horas en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestro centro hospitalario, del 1 de Julio al 31 de diciembre, han nacido 232 recién nacidos vivos. De ellos 154 han sido partos eutócicos, 54 cesáreas y 42 partos instrumentados (27 Kiwis, 6 espátulas, 7 ventosas y 2 forceps). De todos ellos han habido 2 partos gemelares y 12 recién nacidos en peso <2500 gr. El 97% de los recién nacidos recibieron el alta en las primeras 48-72 horas de vida de maternidad. De todos ellos, 35 fueron ingresados desde maternidad en planta de pediatría: 7 para seguimiento y tratamiento por riesgo infeccioso con elevación de reactantes de fase aguda, 10 para tratamiento con fototerapia por hiperbilirrubinemia, 12 por pérdida ponderal >10% y dificultades en el inicio de la lactancia y 6 no cumplían criterio de ingreso pero no podían asegurar un correcto control en las siguientes 24 horas con importante lejanía del domicilio al hospital. De los recién nacidos dados de alta desde maternidad a domicilio, un total de 197, el 40 % de ellos, fueron citados en las siguientes 24-48 horas para realizar seguimiento en la consulta. De los 81 pacientes citados en consulta, 40 fueron dados de alta tras la primera cita para realizar seguimiento en atención primaria. De los 41 que precisaron seguimiento, 20 fueron citados más de 2 visitas. Un total de 20 pacientes precisaron de ingreso durante el seguimiento realizado, 2 de ellos por pérdida ponderal y 18 para fototerapia por hiperbilirrubinemia indirecta. De todos los pacientes que precisaron ingreso, el 100% fueron citados en consulta 1 ó más veces para control al alta, de los cuales 3 necesitaron reingresar por hiperbilirrubinemia para tratamiento con fototerapia. Por tipo de parto, fueron visitados en consulta el 22% de los partos eutócicos, el 35% de partos instrumentados y el 59% de cesáreas. Por tipo de Recién nacido, fueron vistos en consulta el 100% de Recién nacidos gemelares y el 100% de los < 2500 gr. Por tipo de alimentación, fueron valorados en consulta 197 recién nacidos, de ellos 5 estaban con lactancia artificial, 120 con lactancia materna exclusiva y 72 con lactancia materna y suplemento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El alta precoz del Recién nacido desde maternidad precisa de un seguimiento en las primeras 24-72 horas. Es preciso poder asegurar ese seguimiento. En nuestro medio, muchas de las poblaciones no presentan atención pediátrica todos los días, y muchas de ellas están cubiertas por médicos de familia y medicina comunitaria que no están familiarizados con el neonato. Además las gestiones y demanda habitual hace que la primera visita desde el centro de salud no pueda realizarse en esas primeras 72 horas tras el alta. Por tanto es de vital importancia nuestra consulta, en nuestro medio, por sus características de despoblación y dispersión, para asegurar un correcto seguimiento del recién nacido, principalmente aquellos que al alta se detecta un riesgo por pérdida ponderal progresiva, hiperbilirrubinemia, nacidos por cesárea, Peso < 2500 gr, gemelaridad, dificultades en instauración de la lactancia materna o regular manejo por parte de los padres y escaso apoyo de familia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0294

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/294 ===== ***

Nº de registro: 0294

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

Autores:
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, COTE SAEZ BEGOÑA, FERNANDEZ CAZORLA ESTHER, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, VICENTE MONFORTE PILAR, YUSTE MARTIN AMPARO, MAICAS PEREZ ANA BELEN, MARTIN RUIZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RECIEN NACIDO DE RIESGO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los criterios para el alta hospitalaria del recién nacido deben incluir la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia en proporcionar los cuidados necesarios en el domicilio, así como garantizar el acceso a los recursos del sistema de salud. La duración de la estancia hospitalaria del binomio madre-Recién nacido ha disminuido progresivamente en las últimas décadas. En la actualidad, en nuestro centro, lo habitual es una estancia hospitalaria del recién nacido sano, nacido por parto vaginal o cesárea, de al menos 48 horas, período que nos permite objetivar la estabilidad fisiológica del recién nacido, su capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal y realizar los cuidados y recomendaciones para el cuidado del recién nacido en su domicilio. La tendencia actual a realizar altas hospitalarias tras las primeras 48 horas de vida hace que debamos garantizar el control y seguimiento en las siguientes 48-72 horas con el fin de poder detectar signos de alarma o dificultades que puedan aparecer. Los principales problemas detectados serán hiperbilirrubinemia, dificultades en la alimentación, pérdida ponderal con deshidratación hipernatrémica y sepsis. En nuestro medio, los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal serán: primer hijo, cesárea, complicaciones maternas durante el parto, lactancia materna exclusiva al alta, prematuridad tardía, bajo peso o gemelaridad. Además, nuestro medio tiene varias peculiaridades como distancia al medio hospitalario, población inmigrante, plazas de pediatría de atención primaria no cubiertas por personal con la especialidad homologada, dificultades para conseguir primer control al alta en las primeras 48-72 horas, que dificultan el correcto control y seguimiento que se le debe proporcionar al binomio madre - Recién nacido al alta hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone la creación de una consulta de seguimiento del recién nacido de riesgo que garantice su control y seguimiento en las siguientes 24-48 horas tras el alta hospitalaria.
Población diana: Se podrá beneficiar de este seguimiento todo recién nacido en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, dado de alta del servicio de maternidad y que se considere que es preciso un control en las siguientes 24 - 48 horas tras el alta. Será considerado Recién nacido de riesgo:

- Prematuro tardío
- Riesgo de hiperbilirrubinemia grave
- Pérdida ponderal > 10% en recién nacido a término o > 7% en recién nacido pretérmino
- Bajo Peso. CIR. PEG
- Lactancia materna exclusiva no instaurada al alta. Dificultades en la succión.
- Riesgo infeccioso
- Familia con dificultades en el manejo de las necesidades básicas del recién nacido.
- Distocia social
- Dificultades en el correcto control del recién nacido por carecer de consulta de atención primaria en los siguientes días tras el alta.

MÉTODO

Al alta del Servicio de Maternidad, el pediatra entregará un informe de alta en el que conste día y hora de la cita
La revisión del recién nacido se realizará en planta de pediatría, en horario de mañana, por el personal (TCAE, enfermería y pediatra) encargado en ese momento. En esa misma sala, o en la sala de lactancia adyacente, se puede ofrecer a la madre realizar una toma de pecho para comprobar la correcta realización y poder corregir los posibles problemas detectados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0294

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

Durante la valoración, se constatará en la base de datos:

- Motivo de consulta
- Centro de Salud al que pertenecen. Localidad de residencia.
- Tipo de Parto
- Tipo de alimentación
- Edad de La madre. Primípara o Multípara
- Procedimientos realizados
- Diagnóstico
- Destino: nueva cita, ingreso hospitalario, alta y control en atención primaria

INDICADORES

Los indicadores a valorar serán:

- ¿Porcentaje de niños dados de alta de maternidad citados en consulta de recién nacido?
- Valorar relación entre cita en consulta del Recién nacido y tipo de lactancia o modalidad de parto.
- Motivo de consulta
- Porcentaje de recién nacidos valorados está con lactancia materna exclusiva
- % de recién nacidos valorados que precisa nueva cita y que precisa ingreso hospitalario.
- De los niños que precisan ingreso hospitalario, ¿cuál es el motivo de ingreso?
- Grado de satisfacción de la familia

Así valoramos la necesidad de seguimiento del recién nacido considerado de riesgo en las primeras 24-48 horas tras el alta y cómo ha sido el funcionamiento de nuestra propuesta.

DURACIÓN

Febrero-Abril 2019: Información al Servicio de pediatría del funcionamiento de la consulta. Realizar base de datos para recogida de información

Mayo 2019: Inicio de recogida de datos y desarrollo de la actividad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0443

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE VICTOR ADAN LANCETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
BENITO COSTEY SILVIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTIN RUIZ NURIA
LOPEZ MAS CLARA
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
TERRADO PLUMED CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se actualizó el conjunto de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuentes en el servicio de Urgencias, que son entregadas y explicadas en el momento del alta del paciente.
-El objetivo fue presentar el conjunto de hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias como herramienta de apoyo y valorar el uso de las hojas de recomendaciones realizando una encuesta de satisfacción a padres y acompañantes.

Calendario:

- Entre marzo y abril del 2019 se realizó la redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en el servicio de Urgencias del Hospital obispo Polanco.
- En mayo del 2019 se puso en conocimiento del Servicio de Urgencias del conjunto de hojas de información y los objetivos de las mismas.
- A partir de junio del 2019 se entregaron estas hojas informativas a los padres que acudieron por motivos de consulta o patología especificada.
- A partir de octubre de 2019 se realizó el registro aleatorio de los diferentes motivos de consulta objetivando reconsultas e ingresos y se realizaron encuestas de satisfacción a padres y acompañantes.

Las hojas de información actualizadas fueron: bronquiolitis, catarro infantil (IRVA), diarrea infantil, dolor abdominal infantil, estreñimiento infantil, faringoamigdalitis, fiebre sin foco, gripe, laringitis, traumatismo craneoencefálico, urticaria, y vómitos.

Las hojas de información de nueva creación fueron: bronquitis aguda, cámaras, cefalea, cólico del lactante, dolor torácico, espasmos del sollozo, infección del tracto urinario, síncope y varicela.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se actualizaron las hojas de información de bronquiolitis, catarro infantil (IRVA), diarrea infantil, dolor abdominal infantil, estreñimiento infantil, faringoamigdalitis, fiebre sin foco, gripe, laringitis, traumatismo craneoencefálico, urticaria, y vómitos.
- Se crearon las hojas de información de bronquitis aguda, cámaras, cefalea, cólico del lactante, dolor torácico, espasmos del sollozo, infección del tracto urinario, síncope y varicela.
- Al finalizar la consulta en urgencias se hacía entrega de las hojas de información donde se incide en el diagnóstico (etiología, clínica), manejo en domicilio y signos de alarma para acudir de nuevo a urgencias.
-Se registraron de forma aleatoria 10 pacientes por cada motivo de consulta, menos en cólico del lactante (8), estreñimiento (4), espasmos del sollozo (1), síncope (9) gripe (2), varicela (2). Se obtuvo, por tanto, una muestra de 166 pacientes.
-Reconsultaron 27 pacientes (16,2 % de la muestra) y fueron ingresados 4 pacientes (14,8% del total de reconsultas).
-Se realizó una encuesta telefónica a los padres y acompañantes de los pacientes respondiendo a la misma 149 (89,7% de la muestra).
-Se valoró el nivel de utilidad de las hojas de información con las preguntas:
1.- ¿Considera que la hoja de información explica de forma comprensible la enfermedad?
2.- ¿Considera que la hoja de información ayuda en el manejo de la enfermedad en su domicilio?
3.- ¿Considera que la hoja de información establece con claridad los signos de alarma ante los que acudir de nuevo a urgencias?
Se solicitó que valoraran la respuesta del 1 al 10 donde 1 es "no lo considero en absoluto" y 10 "sí completamente".
- Las medias del nivel de utilidad para las preguntas fueron: 1.- 8,2; 2.- 8,4; 3.- 8,7.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Las hojas de información en urgencias son una herramienta valorada como útil por parte de los padres y acompañantes que facilita la comprensión de la enfermedad o motivo de consulta, ayuda en el manejo del paciente en domicilio y proporciona información acerca de los signos de alarma por los que acudir de nuevo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0443

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

urgencias.

-La actualización del conjunto de hojas de información se debe realizar de forma periódica para adaptarse a la evolución de los servicios de urgencias y de pediatría.

-Sería recomendable por lo tanto su actualización de forma periódica y su evaluación en cuanto a su utilidad para las familias de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/443 ===== ***

Nº de registro: 0443

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
ADAN LANCETA VICTOR, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, BENITO COSTEY SILVIA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTIN RUIZ NURIA, LOPEZ MAS CLARA, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, TERRADO PLUMED CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Pediatría en Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Disminución de reconsultas

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco se realiza la asistencia del paciente pediátrico entre los residentes que se encuentran rotando o desempeñando guardias, Médicos de Familia y Pediatras. Tras la resolución del acto clínico se dan de forma verbal una serie de indicaciones, en cuanto a la patología que sufre el paciente, los cuidados generales y tratamiento del mismo y signos de alarma a vigilar, que pretenden educar y motivar para la adherencia terapéutica y asegurar la toma de precauciones a los padres o acompañantes del menor. Debido a que, en ocasiones, el tiempo es escaso no es posible comprobar la asimilación de la información de forma completa. En otras ocasiones, el acompañante del niño no es ninguno de los progenitores por lo que al no ser el cuidador principal el obstáculo para que la información se transmita de forma completa es mayor.

Una de las técnicas para informar y educar a la familia es facilitar la información por escrito. De esta manera facilitamos la asimilación de la información.

Se pretende actualizar y ampliar el conjunto de hojas de recomendaciones pediátricas del servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco con información de la naturaleza del problema, cuidados generales, evolución previsible o pronóstico y signos de alarma sobre la patología o motivos de consulta más frecuentes.

El objetivo no es eliminar la información verbal del acto clínico sino dotar de una herramienta a los padres donde puedan consultar de nuevo la información facilitada. De esta manera facilitaremos el manejo de la enfermedad en domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar las técnicas de información a familiares y acompañantes de los niños sobre motivos de consultas y patología clínica más frecuente en Urgencias Pediátricas.
- Informar de manera sistemática y adaptada al paciente y sus familiares o acompañantes sobre la naturaleza del problema, pronóstico previsible, cuidados generales y signos de alarma por los que acudir nuevamente a Urgencias disminuyendo de forma secundaria las reconsultas no necesarias.
- Detectar de forma temprana las complicaciones de los principales motivos de consulta pediátricos al informar de los signos de alarma a vigilar.
- Homogeneizar la información proporcionada propiciando un clima de confianza y satisfacción en los padres hacia el servicio de urgencias.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0443

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

- Actualización o creación de hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuente en el servicio de Urgencias que serán entregadas y explicadas en el momento del alta del paciente.
- Presentación del conjunto de hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias como nueva herramienta de apoyo.
- Se valorará el uso de las hojas de recomendaciones anotando su entrega en el informe de alta y haciendo un registro aleatorio de entrega durante dos meses y evolución posterior de estos niños.
- Encuesta de satisfacción a padres sobre la entrega de dichas hojas en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

INDICADORES

1. Registro aleatorio de diferentes motivos de consulta/patologías durante 2 meses (por lo menos 10 pacientes de cada una) y seguimiento durante el mes siguiente para objetivar reconsultas e ingresos.
2. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes aleatorizados. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)
3. Uso de las hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias.
4. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

DURACIÓN

- Marzo 2019-Abril 2019: Redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en el servicio de Urgencias del Hospital obispo Polanco.
- Mayo 2019: Sesión en el Servicio de Urgencias del conjunto de hojas de información, objetivos de las mismas e indicadores de calidad.
- A partir de Mayo de 2019: entrega de estas hojas informativas a los padres que acudan por motivos de consulta o patología especificada.
- A partir de Octubre de 2019: Realización de encuestas de satisfacción a acompañantes y realización de registro de entrega de hojas de recomendaciones para monitorización posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0523

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE IRENE IZQUIERDO FORTEA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ FERRANDO CONSUELO
FERNANDEZ VIÑADO DOLORES
CORELLA HERNANDEZ ELENA
TERRADO PLUMED CARMEN
MINGUEZ LINARES SUSANA
AVILES ABRIL BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron varias reuniones conjuntas para dividir las tareas a realizar y planificación de la ejecución del proyecto.
Se solicitaron los permisos oportunos (Medicina Preventiva y Salud Laboral).
Se comprobó la seguridad de materiales utilizados para pacientes y personal sanitario.
Se solicitó al personal sanitario que trabaja en planta de pediatría fotografías de su etapa infantil, bajo consentimiento firmado de cesión de los derechos de las imágenes aportadas.
Se realizó selección de fotografías y maquetación del mural en base a las mismas.
Se diseñó el prototipo de mural definitivo.
Se organizó reunión para confirmar y aceptar la versión definitiva del mismo.
Se procedió, en varias jornadas, a la realización del mural y su colocación en su emplazamiento actual. (se adjuntan imágenes del desarrollo de este proyecto por correo electrónico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras unos meses, se realizaron dos encuestas, una a pacientes y familiares y otra a personal sanitario. Se detallan los resultados:
Encuesta a personal sanitario (57 respuestas):
• ¿Crees que es importante humanizar la estancia hospitalaria? 77,4 % de los encuestados respondieron: Extremadamente importante; 22,6 % de los encuestados: Muy importante; 0% de los encuestados: Poco importante. 0% de los encuestados: No importante.
• ¿Crees que el mural "nosotr@s también hemos sido niñ@s" ha ayudado a humanizar la estancia hospitalaria? 83% Sí, mucho. 17%:Sí, un poco 0%:No.
• De una escala del 0 al 10 ¿recomendarías la realización de este mural en plantas de pediatría de otros hospitales? (siendo 0: nada recomendable, 10: seguro que lo recomendaría). 67,9% 10 (seguro que lo recomendaría), 15% 9, 13% 8,4% 7, 0% 6 y menor.
• ¿Crees que el mural ha mejorado la imagen del servicio de Pediatría? 98,1% Sí, ha mejorado. 1,9% Indiferente, 0% Ha empeorado la imagen o hace que tenga una imagen "menos profesional"
• Siéntete libre de añadir cualquier comentario que consideres oportuno (respuestas libres):
o Ayudará a mejorar la estancia de los niños. Una idea muy bonita tanto para los niñ@s como para los familiares. Gracias. Creo que el mural ayuda a que los niños vean más cercanos a los profesionales sanitarios. Animaciones, teatro, biblioteca. Uniforme del personal de pediatría con dibujos. Creo que ha sido un muy buena idea que los niños vean y se acerquen más al personal de Pediatría todos hemos sido niños. También es importante para humanizar la planta de pediatría, los uniformes con dibujos. Cuando aplicas terapias traumáticas los dibujos del uniforme son importantes, para distraer a los peques. Deberían poner pijamas exclusivos para pediatría en el servicio

Encuesta a pacientes y padres (62 respuestas):

• ¿Crees que es importante humanizar la estancia hospitalaria? 76,7%: Extremadamente importante. 23,3%: Muy importante 0%: Poco importante.
• ¿Crees que el mural "nosotr@s también hemos sido niñ@s" ha ayudado a humanizar la estancia hospitalaria? 85% Sí, mucho. 13,3% Sí, un poco 0% No 1,7%: No sabe/no contesta
• ¿Qué reacción tuvo tu hijo/a al observar el mural? 96,6%: les gustó. 0%: no les gustó. 3,4%: indiferente.
• ¿Recibiste información sobre el mural? 10%:No fui informado de su significado o utilidad. 78,3%: Sí, me indicaron su finalidad y cómo podría ayudar a mi hijo/a. 11,7%: Lo vi pero no recibí información.
• ¿Qué opinión tienes del servicio de Pediatría después de ver el mural? 98%: Buena/ha mejorado mi opinión. 0%: Mala/ha empeorado. 2%: No sabe/ no contesta.
• ¿Piensas que son recomendables nuevas medidas de humanización? 88,3% Sí. 5%: no. 6,7%: no sabe/no contesta.
• ¿Qué otras medidas de humanización nos recomendarías? (respuesta libre):
o Animaciones y teatros.
o Que el hospital fuera como un colegio o una ludoteca, que los niños no notarán que están dentro de él y así incluir el optimismo y alegría que siempre hay en ellos Adaptar los entirbos, vestuario para que sea mas atractivo/divertido para los niños.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0523

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

- o Las paredes, pasillos y habitaciones de pediatría podrían hacer alusión a dibujos y películas infantiles, para que la estancia sea más llevadera
- o Uniformes de colores para el personal.
- o Gran labor la que hacen, mejoraría si los papas tuvieran apoyo específico también para ayudar mas a su hijo en el proceso
- o Un psicólogo en planta al igual q un pediatra enfermero y tcae.
- o Todas las que se hagan de cara a la estancia de los niños en este servicio son bien recibidas
- o Humanizar también las habitaciones, uniformes, material... En la medida de lo posible
- o Volver a poner por la planta los dibujos de los niños ingresados
- o Cambio de uniformes para el personal del servicio de pediatría y canales infantiles. Gracias.
- o Animación, teatros
- o Sala de juegos, voluntariado para que los padres algún rato puedan descansar, hacer gestiones, o ver alguno de sus otros hijos cuando la estancia es larga.
- o Pintar las habitaciones con motivos infantiles
- o Que los profesionales sanitarios llevasen uniformes con motivos infantiles. Que las habitaciones estén decoradas con motivos infantiles. Que cada habitación tuviera un nombre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado una valoración final por parte del equipo del proyecto y del Servicio de Pediatría. Se han obtenido en las encuestas anónimas realizadas, una valoración muy positiva del proyecto en concreto (satisfacción muy alta), y de las medidas de humanización de la asistencia sanitaria en general, por lo que es un punto de partida para la realización de nuevos proyectos en este ámbito de acción. En las encuestas, se encuentra una valoración positiva de las familias, no solo en términos de mejora de la estancia hospitalaria, sino también del Servicio de Pediatría en general. Valorando la realización del proyecto, se ha encontrado un apoyo en todos los miembros del Servicio de Pediatría, tanto en la solicitud y planificación del proyecto, como en la ejecución del mismo. Este proyecto multidisciplinar, es un ejemplo de trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto no ha precisado de financiación por parte del SALUD y ha sido aceptado por la Dirección del Hospital, Servicio de Preventiva y Salud Laboral, previo a su realización.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/523 ===== ***

Nº de registro: 0523

Título
ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACION EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

Autores:
IZQUIERDO FORTEA IRENE, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ FERRANDO CONSUELO, FERNANDEZ VIÑADO DOLORES, CORELLA HERNANDEZ ELENA, TERRADO PLUMED CARMEN, MINGUEZ LINARES SUSANA, AVILES ABRIL BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología pediátrica general
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hospitalización infantil es una circunstancia que implica ansiedad, temor y estrés. El hospital resulta ser para los niños un entorno extraño, con procedimientos dolorosos, personas desconocidas, normas nuevas, información que no comprenden...

Con el proyecto "Nosotr@s también hemos sido niños" se pretende ofrecer distracción y juego durante su estancia, ayudando al niño y a su familia a una mejor adaptación al entorno hospitalario.

También se pretende potenciar las interrelaciones del niño con el personal sanitario.

El juego terapéutico ofrece distracción y no se relaciona con la enfermedad y a través de éste, también se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0523

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA “NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S”

fortalecen las relaciones familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Humanización de la hospitalización pediátrica a través de técnicas de juego terapia con fotografías del personal sanitario en edad infantil.
- Mejorar la interrelación de los niños con el personal sanitario, ofreciendo una visión humana del personal sanitario.
- Juego terapia en forma de fotografías del personal sanitario en edad infantil, en la que los niños juegan a identificar a cada profesional con su foto infantil mostrada en el mural a través de pistas que les ofrecemos.
- Provocar un impacto positivo durante la estancia hospitalaria.
- Promover la mejora de las relaciones entre el personal mediante el trabajo en equipo.
- Ofrecer una asistencia sanitaria de máxima calidad.
- Minimizar secuelas negativas provocadas por la estancia hospitalaria.
- Promover el juego en los niños ingresados.

MÉTODO

- Redacción y entrega de acuerdo de cesión de imagen del personal del servicio de Pediatría.
- Recogida y posterior maquetación de fotografías donadas por el personal que trabaja en Pediatría y elaboración de mural, bajo los controles de seguridad exigidos en un centro sanitario.
- Valoración de satisfacción de pacientes, sus familias y personal sanitario, a través de encuestas anónimas.

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a familiares y pacientes al alta hospitalaria. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).
- Encuesta de opinión sobre la nueva imagen del servicio de Pediatría a familiares y pacientes. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).
- Encuesta de opinión a personal sanitario del Hospital Obispo Polanco. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).

DURACIÓN

- Los trabajos se realizarán durante el año 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS
RESANO JUANA MARIA
LATORRE FORCEN PATRICIA
SUSIN ARREGUI INES EMILIA
VIVES HIDALGO ERIC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el plazo previsto se recogió bibliografía y documentación relacionada con el proyecto y se realizaron reuniones vía telemática entre los miembros del grupo, en enero se confeccionó el protocolo y se elevó a Dirección del Hospital para su aprobación. A lo largo de 2020 se realizará el resto del proyecto de calidad (se convierte en proyecto de seguimiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PROTOCOLO PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL HOP

El paciente que acude a las urgencias del centro hospitalario por ideación, intento o riesgo suicida debe ser evaluado previamente por su médico de urgencias quien será el primer eslabón del abordaje de la prevención, teniendo un papel destacado en la identificación. Este será quien avise al profesional de salud mental para la evaluación psicosocial correspondiente, facilitando la supervisión constante del paciente hasta la llegada del mismo. Tras la evaluación se concreta un plan terapéutico y en función del riesgo inminente de suicidio y las características personales o ambientales del paciente, se puede valorar la derivación a recursos de salud mental ambulatorios o ingreso en Unidad de Psiquiatría. En caso de que se haya producido un intento autolítico, según repercusión orgánica se puede indicar ingreso en planta médica, priorizando en este caso el abordaje orgánico del cuadro, siempre que la supervisión y seguridad del paciente queden garantizadas.

El facultativo responsable a través de la entrevista clínica hará balance entre los factores protectores y factores de riesgo de cada caso individual para valorar el riesgo suicida. Esto no va a depender exclusivamente de la psicopatología del paciente sino de la intencionalidad letal, de la expectativa de morir a través del acto, de la presencia y calidad de controles internos del sujeto (capacidad para controlar sus impulsos) o externos (existencia de familiares o personas comprometidas en su supervisión). También habrá que contemplar la posibilidad de eventos o cambios de naturaleza psicopatológica, psicosocial u orgánicos que puedan facilitar el empeoramiento. Se restringe el ingreso a pacientes que por su gravedad o ausencia de apoyo socio familiar presentan un riesgo inmediato de autolesión.

1-DETECCIÓN PACIENTES DIANA

-Pacientes que ingresan en cualquiera planta del HOP vía Servicio de Urgencias y que en dicho Servicio se recogen en el momento actual o en el pasado cercano, ideación o conductas autolesivas

-Idem si dicha información es recogida con el paciente ya ingresado en cualquier planta del HOP

2-TIPIFICACIÓN DEL CASO

-Desde Servicio de urgencias o desde la planta médica correspondiente se avisa (bien interconsulta "en el día", bien psiquiatra de guardia) al FEA de psiquiatría

-Dicho facultativo decidirá en base a entrevista clínica +/- escalas si el riesgo es leve/moderado/grave y si es imprescindible el ingreso del paciente en UCE de psiquiatría y realizará el "Registro del protocolo de prevención de conducta suicida".

3-RECOMENDACIONES

-Una vez ingresado el paciente, se seguirán las recomendaciones previstas, ya sea para planta médica o para UHB (Unidad de Hospitalización Breve).

RECOMENDACIONES EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA MÉDICA H.OBISPO POLANCO CON POTENCIAL RIESGO AUTOLESIVO

?El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Una adecuada valoración del riesgo y la transmisión de información entre los profesionales implicados constituyen medios básicos para reducir su impacto, detectar riesgos ambientales y realizar acciones preventivas.

?Las siguientes recomendaciones son orientativas, pudiéndose adaptar por el personal sanitario responsable en función de las características del paciente y/o del Servicio en que esté ingresado.

Se garantizará que todos los pacientes ingresen en unidad de hospitalización médica con el registro de protocolo de suicidio que identifique el nivel de riesgo y las medidas a adoptar en su caso.

1- Garantizar el traslado del paciente del servicio de urgencias a planta médica acompañado en todo momento por personal sanitario para evitar; fugas, agitación o conductas autoagresivas.

2-En lo posible: ingresarlo en una habitación próxima al control de enfermería (preferentemente en frente), con compañero de habitación y con la puerta abierta.

3- informar a los familiares y registrar en historia clínica la situación de riesgo y necesidad de acompañamiento o supervisión constante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

- 4-Mantener cerradas las ventanas de la habitación en la medida de lo posible. Cuando sea preciso ventilar, que el paciente esté acompañado. Avisar al personal de la limpieza de esta circunstancia y de que no descuiden el carro de limpieza y productos.
- 5- El paciente debe permanecer vestido con ropa hospitalaria para poder ser detectados en caso de fuga. Restringir el acceso a su ropa de calle.
- 6-Evitar presencia a su alrededor de objetos y/o productos potencialmente lesivos (tijeras, cuchillas de afeitar, cinturones, productos de limpieza, medias, cordones, bolsas, cables, mecheros o cerillas...). Utilizar si es posible cubiertos y vasos de plástico; en todo caso asegurarse que tras las comidas se retiren los utensilios correspondientes. Informar a paciente y familia, revisar taquilla.
- 7-No dejar medicación al alcance paciente y comprobar que toma la pauta delante de personal sanitario para evitar acumulación. Informar a la familia que se abstengan de traer medicación externa.
- 8-La medida más eficaz para evitar el suicidio es la presencia de otra persona. Es deseable que el paciente esté acompañado continuamente por familiares, amigos y/o cuidadores, incluso cuando vaya al aseo. Se tratará de asegurar la supervisión constante del paciente bien sea por personal médico o familiar. Si no pudiera asegurarse, contactar con trabajo social para poder conseguirlo bien mediante la búsqueda de familiares o la búsqueda de servicios privados.
- 9- La observación frecuente y chequeo rutinario del personal de pertenencias y circunstancias del ingreso, son intervenciones clave en la prevención del suicidio.
- 10- El personal debe crear un ambiente terapéutico de confianza y empatía para que puedan hablar con confianza de cómo se sienten y abordar los comportamientos y sentimientos autolesivos para facilitar la prevención de respuesta.
- 11-Supervisión por parte del personal de las visitas revisando las pertenencias en caso de necesidad.
- 12-Si a pesar de las recomendaciones surgen dudas o contratiempos que no tiene que ver con su estado orgánico, solicitar atención en el día al Servicio de psiquiatría, bien mediante interconsulta, bien avisando psiquiatra de guardia.
- 13- La decisión de desactivar las medidas de control corresponde al psiquiatra según propia valoración y la información de la evolución transmitida por el equipo. El nivel de vigilancia irá disminuyendo de forma gradual. Enfermería debe hacer constar en historia el nivel de vigilancia y control así como cualquier incidencia. El psiquiatra firmará el fin del protocolo de suicidio en planta médica.
- 14--Según la evolución del paciente, tras estabilización de su situación orgánica, se valorará por facultativo especialista de salud mental si precisa ingreso en planta de psiquiatría o bien se deriva a recurso ambulatorio.
- 15-En caso de fuga: avisar Policía Local o Autonómica y a familiares.

RECOMENDACIONES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA DEL H. OBISPO POLANCO CON POTENCIAL RIESGO AUTOLESIVO

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Una adecuada valoración del riesgo y la transmisión de información entre los profesionales implicados constituyen medios básicos para reducir su impacto, detectar riesgos ambientales y realizar acciones preventivas. Recordar que la mayor parte de suicidios dentro de UHBs son mediante ahorcamiento y el segundo más frecuente por precipitación. La seguridad es un elemento clave de la calidad.

Se garantizará que todos los pacientes ingresen en UHB con el registro de protocolo de suicidio que identifique el nivel de riesgo y las medidas a adoptar en su caso.

- 1- Todo paciente que ingresa en la UHB debe de ser valorado en su acogida en relación al riesgo de suicidio.
- 2- Garantizar el traslado del paciente del servicio de urgencias a planta médica acompañado en todo momento por personal sanitario para evitar fugas, agitación o conductas autoagresivas.
- 3- Informar a familia y cuidadores acerca de estas cuestiones relevantes sobre seguridad prohibiendo introducir en la unidad elementos que puedan suponer un riesgo.
- 4- En lo posible: ingresarlo en una habitación próxima al control de enfermería en función de la gravedad del intento o ideación:
 - En el nivel 1 de riesgo: facilitar la observación directa habitación 304 o por videocámara (hab 306).
 - En el nivel de riesgo 2-3: poner en habitación acompañado
- 5- Retirar objetos y/o productos potencialmente lesivos (tijeras, cuchillas de afeitar, cinturones, productos de limpieza, medias, cordones, cables, bolsas, mecheros o cerillas...). Se realizarán revisiones periódicas de sus pertenencias que pueden ser inesperadas, si el riesgo queda catalogado como grave.
- 6- El personal de la limpieza debe garantizar la seguridad, debiendo avisarles del riesgo para asegurar el control de productos y herramientas de limpieza potencialmente autoagresivos.
- 7- Los pacientes que mantengan intencionalidad activa deberán ser sometidos a vigilancia continuada, protocolizada individualmente:
 - Valorar la necesidad de reorganización del personal mientras persistan estas necesidades. La enfermera designará a la persona indicada en cada uno de los controles.
 - Ubicación del paciente en habitaciones cercanas al control con/sin restricción de salidas
 - Observación directa cada 15 minutos y siempre que se considere necesario
 - Durante el día deberá permanecer en zonas comunes o acompañado por personal.
 - En situación de riesgo autolítico inminente se valorará la conveniencia de contención mecánica.
- 8- El paciente debe permanecer vestido con ropa hospitalaria para poder ser detectados en caso de fuga. Restringir el acceso a su ropa de calle.
- 9- La observación frecuente y chequeo rutinario del personal de pertenencias y circunstancias del ingreso, son intervenciones clave en la prevención del suicidio.
- 10- Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre situación y de riesgo de los pacientes incidiendo en los cambios de turno. Realización de reuniones de equipo diarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

- 11-Durante el ingreso iniciar la labor terapéutica estableciendo una relación basada en la empatía y el respeto que permita facilitar expresión de emociones y sentimientos: escucha activa sin juzgar criticar o culpabilizar, demostrando interés y transmitiendo confianza. Mostrar disponibilidad, respondiendo a dudas y preguntas sin prisa. Todo ello facilita la contención del paciente. Se puede realizar una intervención en crisis o estimular la resolución de problemas. Probablemente será necesario tratamiento farmacológico o incluso abordajes diagnósticos o terapéuticos más complejos.
- 12-Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima: ayudar a identificar aspectos positivos y señalar los progresos. Realizar psicoeducación.
- 13-Animar al paciente a participar en actividades de la Unidad: promover la interacción mediante dinámicas de grupo
- 14-Control estricto de la toma de medicación; supervisión directa de la toma.
- 15-Supervisión por parte del personal de las visitas revisando las pertenencias en caso de necesidad.
- 16-Extremar atención si:
- Mejora la inhibición psicomotriz.
 - Presenta plan autolítico estructurado.
 - Observamos mejoría brusca con sensación de paz interior.
 - Identificación con persona que cometió suicidio.
- Realiza gestos o despedidas simbólicas.
- 17-Es recomendable que el ingreso dure un tiempo prudencial para evaluar la situación clínica y la psicopatología subyacente con la finalidad de establecer un plan terapéutico.
- En el supuesto de que el paciente presente ideación suicida cronificada se recomienda facilitar intervención en crisis para evitar cronificación de conductas y amenazas suicidas evitando rol de enfermedad y hospitalismo.
- 18- Informar a responsables de cualquier riesgo ambiental que no haya sido detectado hasta la fecha, para poner en marcha acciones preventivas
- 19- Registrar de manera específica todas las tentativas realizadas dentro de la Unidad para poder mejorar en la prevención
- 20- Valorar la idoneidad de dar permisos terapéuticos de la unidad, solo o acompañado, en función del caso concreto, nivel de riesgo y del beneficio estimado. Durante los permisos se suele producir el mayor número de fugas e intentos de suicidio, valorar balance entre autonomía y seguridad. Todos los permisos deberán ser registrados mediante el registro de salidas y firmado por el profesional responsable, paciente y/o familiar en su caso.
- 21- Se evitará que el paciente disponga en la habitación de objetos que pudieran utilizarse con fines autolíticos prevaleciendo la seguridad a cualquier otra circunstancia. Si tales objetos fueran necesitados por el paciente se le darán siempre y cuando haya una supervisión directa de los mismos y se guardarán en el casillero de pertenencias del control de enfermería.
- 22- Dentro de las medidas de seguridad se evitará que los pacientes utilicen objetos cortantes tales como cuchillos o similares. En nuestro centro se solicitarán cubiertos de plástico que deberán ser recontados al final de cada turno de comida.
- 23- El espacio de tiempo entre cambio de turno, es un tiempo de especial riesgo para la realización de actos autoagresivos. Durante el mismo, será el celador el encargado de realizar la supervisión directa en función del nivel de riesgo.
- 24- En caso de fuga: avisar Policía Local o Autonómica y a familiares.
- 25- En relación a la seguridad de elementos estructurales de la Unidad de Hospitalización se recomienda: ventanas de apertura limitada con llave custodiada, eliminación en la medida de lo posible de cables, elementos de fontanería, perchas o materiales de metal irrompible. Instalar espejos irrompibles, ocultar o proteger enchufes y todo equipamiento eléctrico, evitar que las puertas puedan ser cerradas desde dentro, evitar espacios estancos sin posible supervisión.
- 26- Los despachos y otras dependencias permanecerán cerrados y no deben contener muestras o restos de medicaciones.

NIVELES DE VIGILANCIA DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

Monitorización aun cuando se perciba mejoría.

Grado de observación hospitalaria:

- 1)- Persona que acompaña de forma permanente al paciente (valorar de forma individual si es preciso durante el uso del baño)
- 2)- Observación cada 15-20 minutos
- 3)- Observación cada 30-40 min.

DESACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO

-La decisión de desactivar las medidas de control específicas corresponde al psiquiatra/psicólogo según su propia valoración e información aportada por el equipo sobre la evolución del paciente.

-El nivel de vigilancia irá disminuyendo de forma gradual.

-Enfermería hará constar en la historia el nivel de vigilancia así como cualquier incidencia.

-El psiquiatra registrará por escrito, fechará y firmará el fin del protocolo.

Tras el alta se deben planificar los cuidados debido a la alta reincidencia en estas conductas. Por tal motivo los pacientes deben ser revisados ambulatoriamente de forma estrecha, facilitando la transmisión de información entre profesionales de UHB y USM e incluyendo en informe de alta fecha de seguimiento en Centro de Salud Mental con psiquiatría y/o psicología clínica.

Se recomienda que el seguimiento en CSM se realice en los 15 primeros días tras el alta. En caso de que la persona no acuda a la cita y la persona tiene un elevado riesgo de suicidio se recomienda hacer búsqueda activa del paciente para ponerse en contacto con él.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De la valoración de guías, protocolos y demás bibliografía en torno al riesgo autolítico podemos concluir que las condiciones estructurales y medidas realizadas en la UHB del HOP son adecuadas y actualizadas, aunque no eran registradas de forma general y consensuada. Observamos mejoras posibles y planteamos durante el proyecto de seguimiento la posibilidad de hacer cambios en el protocolo que permitan realizar un estudio de campo que facilite la realización de las acciones de forma coordinada minimizando los riesgos de las conductas autolíticas en unidad de hospitalización breve de psiquiatría.

A partir de febrero de 2020 hasta febrero de 2011 planteamos la recogida de datos y supervisión estrecha de los protocolos para garantizar la seguridad de los pacientes ingresados con riesgo suicida en HOP. Se elaborará un registro de incidencias relacionados con vistas a la mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

He puesto que el proyecto es de seguimiento porque lo queremos continuar este año. Si estuviera incorrecto por favor avisadnos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/947 ===== ***

Nº de registro: 0947

Título
PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

Autores:
PEREYRA GRUSTAN LORENA, IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS, LATORRE FORCEN PATRICIA, RESANO JUANA MARIA, VAL CLAU MARIA JOSE, GRACIA BERTOLIN LAURA, VIVES HIDALGO ERIC

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y su prevención escasamente protocolizada de forma general. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso administrativo hasta su valoración según niveles de riesgo por salud mental. La realización de un protocolo de prevención y atención al paciente con riesgo suicida, facilitaría la atención coordinada por parte de los diferentes profesionales que atienden al paciente, minimizando los riesgos. A su vez un servicio protocolizado y con niveles de alerta, aportaría seguridad al personal que no atiende de forma habitual a pacientes con esta problemática, al mismo paciente y a sus familias. La realización de este protocolo y actuación coordinada y efectiva de los profesionales, facilitaría el inicio de acciones preventivas y lo que es más importante, permitiría la identificación de casos y que el paciente se beneficie de tratamiento médico y psicológico adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad desde su valoración en servicio de urgencias hasta su ingreso en planta del Hospital Obispo Polanco.
- Mejorar la coordinación en la asistencia especializada en psiquiatría con el servicio de urgencias y plantas médicas, en caso de intentos de autolisis con especial repercusión médica a través de actividades de enlace e interconsulta realizado desde el servicio de psiquiatría.
- Mejorar la gestión y minimización de los riesgos asociados a conducta suicida durante el periodo de ingreso en el hospital.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
- Mejorar la gestión de los aspectos relativos a la seguridad del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

-Aumento de la confianza del equipo a través de protocolo específico disponible que facilite la gestión de posibles contingencias.
-Adecuación de las instalaciones hospitalarias a las necesidades asistenciales con la finalidad de minimizar los riesgos de conducta suicida

MÉTODO

Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales que discrimine entre riesgo leve, moderado o grave de suicidio.
Realización de reuniones de trabajo para compartir experiencias, discutir, elaborar y adecuar el protocolo al medio concreto de nuestro hospital.
Informar del protocolo desde urgenciólogos a médicos especialistas de planta médica y personal de salud mental a través de sesiones informativas.
Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos para la elaboración del protocolo de prevención y actuación ante riesgo suicida.
Iniciar supervisión y seguimiento de casos para valorar la ejecución adecuada del protocolo.
Informar de los resultados obtenidos con vistas a mejorar la consecución de resultados de calidad en la atención, según protocolo planteado.
Evaluar y replantear modificaciones del protocolo tras la operativización del mismo con vistas a minimizar riesgos observados.

INDICADORES

% Pacientes cuyo grado de alerta de riesgo suicida se monitoriza correctamente en el primer contacto desde el servicio de urgencias: 95%
Pacientes con intencionalidad autolítica que son ingresados en planta médica y para los cuales se cumplimentan de forma adecuada todos los ítems del protocolo (80%)
Pacientes con intencionalidad autolítica que son ingresados en planta de psiquiatría y para los cuales se cumplimentan de forma adecuada todos los ítems del protocolo (90%)
Que tras la cumplimentación adecuada del protocolo no aparezcan conductas adversas (nuevos gestos o intentos autolíticos, fugas...) <5%

DURACIÓN

Comienzo de sistema de recogida de documentación y realización de reuniones de trabajo (mayo, junio, septiembre y octubre de 2019) así como trabajo en red.
Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo suicida a lo largo del mes de abril- mayo.
Consecución del protocolo en diciembre 2019.
Informar del programa a médicos de urgencias y especialidad del Hospital Obispo Polanco así como a la red de psiquiatría de atención a urgencias, a lo largo del mes de noviembre de 2019.
Seguimiento de casos, elegidos al azar entre pacientes con riesgo suicida y ubicados en box de urgencias, planta médica o unidad de psiquiatría para valorar la cumplimentación del protocolo (diciembre a marzo del 2020)
Fin de recogida de datos el 30 de marzo de 2020.
Valoración de posibles modificaciones del protocolo según resultados obtenidos (marzo -abril 2020)
Publicación del protocolo en la intranet del Hospital Obispo Polanco en mayo 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ESMERALDA RENAU HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PECES GONZALEZ NATALIA
RUBER MARTIN MARIA DEL CARMEN
ORELLANA GARCIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro servicio hemos realizado dos grupos de estudio uno desde abril 2018 hasta abril de 2019 y otro desde mayo hasta junio 2019. Se valoran pacientes con patología musculoesquelética susceptibles de ser sometidos a técnicas ecoguiadas para control del dolor.

Criterios de Inclusión: Pacientes ? 18 años con dolor reagudizado musculoesquelético de 1 a 3 meses de evolución, con una puntuación en la escala visual analógica ? 5 pese al tratamiento farmacológico. Criterios de exclusión: Pacientes con capacidad cognitiva deteriorada y/o transtornos psiquiátricos . Pacientes con una puntuación en la escala visual analógica ? 5 .Aquellos que rechazan la técnica ecoguiada

Se han recogido las variables a estudio en una base de datos Excel: Edad, sexo, número de historia clínica. Fecha de inicio de valoración y fecha de alta. Tipo de Patología osteomuscular. Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica. Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo o infiltración ecoguiada y posterior (puede ser por contacto telefónico) a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Mediante la escala se clasifica el dolor de 0 (no dolor) a 10 (máximo dolor percibido). Se considerarán los valores de 0-3 como dolor leve, de 3-6 dolor moderado y de 7-10 dolor fuerte. Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó (domicilio o ambulatoria). Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D con el cual el paciente valorará su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica global. Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS), que consiste en la codificación de los niveles de gravedad y que permite clasificar los estados de salud y comparar con otros estudios y países. Los valores de TS oscilan entre 1 (mejor estado de salud) y 0 (la muerte). Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera muestra (periodo abril 2018 - abril 2019) se recogen 21 pacientes los cuales se han valorado 19 pacientes a los 3 meses y 11 de ellos a los 6 meses.

La media de edad de los pacientes es de 52 años de los cuales 4 son hombres y 17 mujeres.

El diagnóstico de las patologías recogidas son patología de hombro 13, de las cuales 5 son capsulitis de hombro, 3 artrosis glenohumeral y 5 bursitis / tendinitis. De las 5 capsulitis, dos son capsulitis postquirúrgica. Se han recogido 5 coxartrosis y 2 lumbalgias una de ellas orientada como síndrome piramidal y la otra de síndrome del cuadrado lumbar . Se ha recogido también una rizartriosis. Las técnicas fueron realizadas en consultas externas excepto las lumbalgias junto con anestesiista de unidad del dolor y una artrosis glenohumeral con comorbilidad que precisó monitorización.

Las técnicas ecoguiadas realizadas son bloqueos en hombro realizadas con corticoides más ácido hialurónico 1, corticoides más anestésicos 11 y con solo anestésico 1. Los bloqueos en coxartrosis fueron 5 con corticoides más ácido hialurónico. Las lumbalgias fueron bloqueo del piramidal con toxina botulínica y bloqueo del cuadrado lumbar con corticoides más anestésicos. Destacar la no incidencia de efectos secundarios en las técnicas realizadas La EVA media del dolor pretécnica fueron =6'8 /10 y la EVA del dolor a los 3 meses posttécnica en 19 pacientes fue = 5/10 en 11 pacientes y sin cambios =6/10 en 8 pacientes.

De los 11 que mejoraron EVA del dolor realizaron Fisioterapia posttécnica en domicilio con educación y ejercicios 12 pacientes y con fisioterapia ambulatoria 9 pacientes.

Analgesia pretécnica 10 pacientes precisaban analgesia primer escalón, 7 pacientes segundo escalón de analgesia, 1 paciente analgesia de tercer escalón. Un paciente presentaba analgesia de primer escalón junto con neuromoduladores y otro paciente analgesia de tercer escalón junto con neuromoduladores. En cuanto a analgesia posttécnica a los tres meses, 6 pacientes no tomaban ninguna medicación, otros 6 pacientes tomaban analgesia de primer escalón, 4 pacientes toman analgesia de segundo escalón, 1 paciente analgesia de tercer escalón, 1 paciente analgesia de primer escalón más neuromodulador Destacar en la escala de calidad 5QD que el ítem recogido con peor valoración era el dolor, 13 pacientes con dolor moderado y 3 pacientes con dolor severo. Respecto al ítem actividad 18 pacientes presentaban algunos problemas para sus actividades diarias y 3 pacientes no presentaban problemas en sus actividades diarias.

Se recoge valoración 5QD a los 6 meses en 11 pacientes (el resto no han llegado a cumplir los 6 meses), en estos el ítem dolor mejora en 3 pacientes y no empeora en 8 pacientes. Respecto al ítem actividad mejoran 4 pacientes y no empeoran 7.

En la segunda muestra (periodo mayo -junio 2019) se recogen 7 pacientes en edad comprendida entre 35 y 64 años con edad media 51 años. 5 de los 7 pacientes presentan lesiones focales en troquiter en el estudio radiológico. En cuanto al sexo, se han valorado a 6 mujeres y 1 hombre. El hombro más afectado ha sido el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

derecho y todos los pacientes eran diestros. El EVA medio previo a la técnica ha sido 7 y postécnica 3.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se pretendía mejorar el control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiadas, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor. Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS. Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria. Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria. Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste efectividad y coste utilidad.

Conclusiones de la primera muestra: observamos una mejoría de EVA dolor y no empeoramiento postécnica. Observamos una retirada o disminución de la medicación analgesia postécnica. Respecto a las escalas de valoración de calidad de vida (5QD) hay una mejoría y no empeoramiento en los ítems del dolor y actividad.

En la segunda muestra . Observamos una mejoría de EVA dolor y ningún paciente ha precisado segunda infiltración

7. OBSERVACIONES.

Destacar como principales dificultades el no disponer de ecógrafo en nuestro servicio de forma regular para realizar las técnicas así como la falta de recursos humanos (reducción de plantilla médica, auxiliar de enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/386 ===== ***

Nº de registro: 0386

Título
CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Autores:
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO, OSCA GUADALAJARA MARTA, UBEDA DOMINGUEZ PILAR, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2017, dentro de las patologías valoradas en la Unidad del Dolor, el dolor osteoarticular fue la más prevalente junto con las lumbociatálgias, con una suma total del 74% de los procesos tratados. Respecto a la procedencia de los pacientes tratados en la unidad de dolor destacar los procedentes desde Traumatología y Atención Primaria. Con los datos señalados, es evidente que se precisan de tratamientos complementarios al farmacológico iniciado desde Atención Médica en Primaria para el tratamiento de reagudizaciones del dolor crónico musculoesquelético.

Las Unidades de Musculoesquelético (UME), pertenecen al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y colaboran con Traumatología, Reumatología y la Unidad del Dolor para establecer tratamientos dirigidos al proceso inflamatorio con técnicas ecoguiadas y la coordinación de rehabilitación que incluye la fisioterapia y educación sanitaria osteomuscular.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Ganancia en la mejora del control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiadas, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor.
- 2- Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS
- 3- Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria.
- 4- Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
- 5- Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

efectividad y coste utilidad

MÉTODO

Técnicas de bloqueos e infiltraciones ecoguiadas y/o otros tratamientos específicos de unidad de dolor para el control de la inflamación y dolor osteomuscular coordinadas con el tratamiento de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
Se valorarán pacientes con patología mecánico degenerativa articular de articulaciones periféricas de extremidades y patología tendinosa
Realización de infiltraciones en patología de columna mecánico degenerativa facetaria, bloqueos nerviosos en dolor neuropático secundario a neuropatías periféricas

INDICADORES

En los pacientes seleccionados, se recogerán las variables a estudio en una base de datos Excel:

- Edad, sexo, número de historia clínica
 - Fecha de inicio de valoración y fecha de alta
 - Tipo de Patología osteomuscular
 - Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica
 - Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo ecoguiado y posterior a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
 - Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó(domicilio o ambulatoria).
 - Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
 - Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D .Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS).
 - Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados
- Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 para evaluar los objetivos señalados

DURACIÓN

La recogida de datos se realizará durante 6 meses a 1 año. Se ha iniciado la recogida de datos en marzo de 2018. Se estima que se recogerá una muestra de 50 a 100 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **