

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

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

Número de memorias: 20 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:11:05 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AMB	USM INFANTO JUVENIL HUESCA	MATEO VALLS ISABEL	2019_1116	F	31/01/2020	CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL
HU	AP	DAP HUESCA	GUILLEN LORENTE SARA	2018_0024	F	30/01/2020	REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2018_0025	F	31/01/2020	REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2018_0336	F	31/01/2020	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	PLANO VIDOSA MARIA PILAR	2019_0511	F	29/01/2020	INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	ELBOJ SASO MARTA	2019_0582	F	24/01/2020	AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	BEJAR MARIN ENRIQUE	2019_0624	F	30/01/2020	LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	SANZ SANZ HELENA	2019_0886	F	30/01/2020	PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	GARCIA PARDOS ANA MARIA	2019_1212	F	28/01/2020	MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA	2019_1124	F	27/01/2020	EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA	COMPAIRED TURLAN VICENTE	2019_0469	F	21/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA	MONFORTE GASQUE MARIA PILAR	2019_0469	F	03/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA	CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA	2019_0471	F	19/01/2020	MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2019_0027	F	27/12/2019	ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	IBOR MARCUELLO MONICA	2019_0949	S1	10/01/2020	MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA GERIATRICO	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	2019_0293	F	30/12/2019	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	CALVO PARDO AURORA	2019_0869	F	30/12/2019	MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	NAJAR SUBIAS MONICA	2019_0010	F	14/01/2020	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ PILAR	2018_1401	F	29/01/2020	GESTIÓN DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	PELAY CACHO RAQUEL	2019_0021	F	30/12/2019	??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL MATEO VALLS
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM INFANTO JUVENIL HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA
PLANO VIDOSA MARIA PILAR
JAIME ALLUE REYES
MATA TORNIL ELENA
BUIL LORIENTE TERESA
ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA
ASPIROZ GUILLEN EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones grupales, estas han consistido en:

- Decidir el título de la revista, para ello los usuarios proponen varias propuestas y ellos mismos mediante votación eligen el título: "El saludo" (nombre que eligieron como título de la revista).
- Realizar la portada, en vez de elegir un modelo, se elaboró entre todos, para ello cada usuario pinto un mándala y posteriormente recortaron el mándala en 4 partes, para así formar un mándala grande formado por los diferentes trozos de cada uno.
- Concluir que temas se quieren poner en la revista y quién los quiere realizar
- Redactar y elaborar temas en común contando experiencias, vivencias y opiniones. Temas comunes, por ejemplo, el de juegos de antes, entrevistas, o el de pasatiempos, adivinanzas y humor.

Se han llevado a cabo sesiones individuales:

- Para redactar y elaborar temas concretos que querían realizar individualmente, temas como el de ciencia, construcción, hoja parroquial entre otros.
- Transcribir la información del papel al soporte informático (ordenador, Word), para ello a muchos de los usuarios se les ha enseñado el manejo de ordenador y Word.

El personal responsable de este proyecto, ha terminado de dar formato a la revista y se han pedido presupuestos en diferentes imprentas de Huesca y Zaragoza.

Se está terminando de recopilar los consentimientos, ya que muchos de los usuarios están tutelados, para así poder llevar a cabo la publicación y poder imprimir la revista y posterior difusión tanto en papel como electrónicamente.

Destacar que se están realizando sesiones sobre diferentes temas para publicar en una posible 2ª revista. La duración de este proyecto era desde febrero del 2019 hasta febrero del 2020, la difusión de la revista se ha retrasado, pero se espera conseguir en este mes de febrero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal de este proyecto era conseguir crear una revista y se ha conseguido; también era como objetivo su posterior difusión, pero el obtener los diferentes consentimientos, ya que muchos de los usuarios están tutelados, ha retrasado esta difusión, pero que se espera en este mes conseguirlo.

Con el objetivo de crear la revista se han conseguido varios objetivos específicos que se habían planteado de los cuales se han logrado:

- Adherencia a la actividad, ya que los últimos meses, al estar consiguiendo los consentimientos y dando formato a la revista, no se han realizado sesiones grupales y los usuarios preguntan por la actividad de revista, ya que es una cosa que le gusta, y como se ha comentado ya se está recopilando información para una posible 2ª revista.
- Se ha conseguido que fuera una actividad motivadora, ya que han participado un gran número de usuarios del centro.
- Se han estimulado con este proyecto capacidades cognitivas de atención y concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal, ya que les han tenido que recordar vivencias, experiencias, fluidez verbal para expresar tanto de forma oral como escrita y concentración para realizarlo.
- La participación en grupo, una cohesión, formado la portada en conjunto, poniéndose de acuerdo sobre temas o sobre preguntas para realizar una entrevista.
- Aprender el manejo del ordenador y de Word, se ha potenciado que se familiaricen con la informática y a escribir en soporte informático por parte de algunos usuarios.

De los objetivos específicos que se plantearon y hasta el momento no se han podido alcanzar pero que se esperan alcanzar en el próximo mes han sido:

- Divulgación en la comunidad/CRP
- Dar visibilidad

Estos objetivos hasta el momento no se han conseguido por los problemas que hemos tenido para la difusión que se han comentado al principio, también cabe destacar que nos faltaría financiación para difundir la revista

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

en papel, si no la difusión se realizara solo en formato electrónico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, se ha observado que ha sido positivo retomar esta actividad que ya se había realizado con anterioridad hace años, en el que han participado un gran número de usuarios del centro y han estado contentos en el proceso de realización.

La primera revista ha costado más tiempo del que creíamos realizarla, pero el equipo pensamos que una vez que ya hemos conseguido dar un formato y obtener los consentimientos, el proceso para crear posteriores revistas resultaría más fácil y rápido.

Sería aconsejable seguir haciendo esta actividad, ya que les motiva y conlleva beneficios para ellos (ser un medio de expresión, estimular capacidades cognitivas, el trabajo en equipo...).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título
CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

Autores:
MATEO VALLS ISABEL, DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA, PLANO VIDOSA PILAR, JAIME ALLUE REYES, MATA TORNIL ELENA, BUIL LORIENTE TERESA, ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA, ASPIROZ GUILLEN EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las personas con trastorno mental grave sufren trastornos psiquiátricos que conllevan la presencia de pérdida de interés y motivación, dificultades en la interacción con otros, enlentecimiento del pensamiento, falta de fluidez verbal, aislamiento social y dificultades para expresar sus emociones.
Como parte del proceso de rehabilitación psicosocial la creación, elaboración y posterior difusión de una revista pretende potenciar y desarrollar esta pérdida de destrezas y habilidades mencionadas y favorecer asimismo la interacción, integración y participación social y la comunicación (áreas que también están afectadas en ésta población) intentado realizar de esta manera una actividad gratificante para ellos y que les pueda resultar motivadora.
En la actualidad, la informática tiene gran importancia, y con esta actividad se les permitirá también el acceso y aprendizaje de los programas básicos de informática, para poder transcribir la información en soporte informático que les permitirá a su vez mayor integración social y en la comunidad.
La evidencia demuestra la eficacia terapéutica de trabajar en grupo, dando así oportunidades a la socialización, además con este proyecto todos los componentes del grupo van a tener un objetivo común, como es crear una revista.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal conseguir crear una revista y su posterior difusión, aumentando así la autoestima y satisfacción de poder crear un medio en el que puedan expresar y comunicar (conocimientos, vivencias, sugerencias, opiniones...).

Objetivos específicos que se esperan lograr:

- Conseguir adherencia a la actividad.
- Motivar por retomar una actividad que se realizaba hace años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

- Estimular las capacidades cognitivas de atención/concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal.
- Potenciar la participación en grupo y las relaciones sociales
- Mantener y/o mejorar la capacidad de expresión tanto escrita como oral.
- Fomentar el trabajo en equipo para elaborar secciones de la revista de forma común, para elegir título, portada y dar formato a la revista.
- Potenciar y/o enseñar la capacidad para escribir en el ordenador.
- Divulgación en la comunidad /CRP
- Dar visibilidad en otros aspectos

Población diana; usuarios ingresados en la unidad de larga estancia y psicogeriatría del CRP Santo Cristo de los Milagros con motivación e iniciativa de participar; y en los usuarios que se observe que la capacidad de expresar o comunicar este deteriorada o sea necesario preservar o potenciar.

MÉTODO

Actividad terapéutica para crear una revista elaborada por usuarios del CRP.

La actividad se lleva a cabo con una frecuencia de 1-2 veces por semana en sesiones de 90 minutos.

Realizando sesiones grupales con todos los participantes, sesiones de grupos más reducidos dependiendo temáticas, o sesiones individuales.

Cada sesión estará dirigida por el equipo de psiquiatría, terapia ocupacional y personal de enfermería.

La revista se comenzará creando primero recopilando la información en soporte de papel y posteriormente se transcribirá en soporte informático.

INDICADORES

La adherencia y seguimiento de participación en la actividad a los 6 y 12 meses.

Grado de satisfacción al finalizar el programa

DURACIÓN

Inicio febrero 2019 y finalización en febrero del 2020

OBSERVACIONES

- Se realizará este proyecto en una sala del centro con mesas y sillas, pizarra y buena iluminación.
- Se utilizará diferentes ordenadores del centro disponibles para transcribir la información.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Instalación de TAONET. Se retrasó el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre de 2018. Hubo detalles que no se habían integrado bien y hasta final de octubre no se pudieron corregir.
- Formación a los profesionales en TAONet. La formación inicial fue en julio 2018.
- Realización de protocolo de tratamiento y seguimiento de los pacientes anticoagulados en la modalidad de autocontrol en el Sector de Huesca. Abril-Mayo 2019. Protocolo PO-17_HU(P)E. Revisión A. "Circuito de captación, formación y seguimiento del paciente en autocontrol en Terapia Anticoagulante Oral en Atención Primaria" (colgado en la plataforma para la Calidad Asistencial).
- Formación a los profesionales en gestión de autocontrol. El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto y el cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos llevó a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. La formación se hizo el día 5 de abril de 2019.
- Inclusión del autocontrol. El día 23 de mayo se trasladó a los Centros toda la documentación necesaria para iniciar el autocontrol que incluía la cartilla-guía para facilitar el seguimiento de los autoanálisis y dosificación.
- En el mes de septiembre de 2019 se envió a los Centros de Salud sus resultados intermedios del primer semestre respecto a la correcta asociación del ACOD al episodio de OMI. También se envió un listado con los pacientes ACOD que disponían de un dato de Filtrado Glomerular en el primer semestre y los que no tenían la determinación realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de Impacto en cobertura (%): (Población en tto ACO con anti-Vit K cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net)/(Población en tratamiento anticoagulanteoral con anti-Vit K) x100

ESTÁNDAR 2019: 60-70%

Resultado: Numerador: 1086, denominador: 1709. Total: 63,55%

Fuente: TAONet y Farmasalud.

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100

ESTÁNDAR 2019: 75-85%

Resultado: Numerador: 1023, denominador: 1324. Total: 77,27%

Fuente: Receta electrónica

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/(Número total pacientes con ACOD) x100

ESTÁNDAR 2019: 80-95%

Resultado: Numerador: 1227, denominador: 1324. Total: 92,67%

Fuente: Laboratorio Izasa y Receta electrónica

• Porcentaje de EAP en los que se ha instaurado el seguimiento de los pacientes en Autocontrol

ESTÁNDAR: 40-60%

Resultado: Numerador: 4, denominador: 13. Total: 30,77%

Durante el 2019 se estableció el autocontrol en 4 Centros de salud, a saber: 1 paciente en CS Jaca, 1 en Santo Grial y 1 en Huesca Rural y 2 pac. en CS Ayerbe. No se encontraron pacientes en Berdún susceptibles de implantar el autocontrol.

Fuente: TAONet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de TAONet ha mejorado el seguimiento y control de los pacientes que llevan tratamientos con ACO. Permite la dosificación de las personas en tratamiento con warfarina. Facilita la dosificación partida, la modificación de dosis y la inclusión de heparina en personas con tratamientos anti Vitamina K. Permite la visualización de los resultados en Historia Clínica Electrónica y la transferencia de datos al laboratorio del Hospital para aquellos pacientes cuya dosificación la realiza Atención Especializada. También permite el seguimiento de las personas tratadas con ACOD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

El retraso en la implantación del autocontrol de pacientes con ACO anti Vitamina K y la existencia de una consulta de autocontrol en Atención Especializada que ya ofrece este servicio ha propiciado un retraso en su desarrollo en AP. Entendemos no obstante que en zonas rurales que cuentan con una menor accesibilidad a esta consulta ubicada en el hospital San Jorge el autocontrol facilitará una mejor calidad de vida y autonomía para la vida activa o laboral de estas personas que viven en zonas alejadas de la capital. En Enero de 2020 se sumarán 4 nuevos pacientes en el CS de Biescas a los 5 ya iniciados

No nos ha sido factible extraer datos de forma fiable para conocer las complicaciones hemorrágicas o de ictus de los pacientes con ACOD. Los datos de aumento de esta terapia en el Sector nos obliga a una mejora en el seguimiento de la adherencia de estos fármacos así como a educar a los pacientes y sus familiares en signos de alarma de complicaciones derivadas de los mismos. Habría que investigar cuántos de los pacientes con ACOD en receta electrónica han sido incorporados en TAOnet ya que su alta en el sistema facilitaría la aparición del icono en OMI y por tanto le daría una mayor visibilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/24 ===== ***

Nº de registro: 0024

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD (anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP, el autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,...)
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD (FG)

MÉTODO

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD

Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

INDICADORES

Número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.

Nº de pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados (en %)

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD (en %)

Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD (en %)

Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD (en %)

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD (en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP HUESCA
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Compra de test HP desde Farmacia AP (enero 2018)
- Ordenación del sistema de valija. Se realizaron varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo.
- Formación en realización test del HP. Durante el 2018 se realizó la formación de los profesionales de enfermería en los 14 Centros de Salud a través de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba. Y se procedió a la transmisión de las instrucciones precisas para el envío del test por valija a la consulta de digestivo del Hospital San Jorge.
- Se envió a cada Centro de Salud el resultado intermedio de realización del test. (número de pacientes a los que se les había realizado el test del Helicobacter en el propio Centro sobre el total de peticiones realizadas de realización del test a pacientes del Centro).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador de Impacto en cobertura (%): Test de HP en los que se realiza obtención de la muestra en AP/ Total de test de HP realizadas en nuestro Sector x 100
Se estableció un estándar 60-80% en las reuniones de seguimiento del CP.
Resultado 2019: 81,83% (1378 test realizados en AP/ 1684 test totales en el Sector.
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (los datos corresponden al periodo comprendido desde abril a diciembre de 2019, 9 meses, y se han obtenido mensualmente mediante registro manual)
-Indicador de Actividad de cambio de oferta: (Nº de Centros con consulta monográfica de realización del test de HP activa /Número total de los EAP del sector) x100
RANGO Contemplado 2019: 100%
Resultado 2019: 14/14=100%.
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (registro manual).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal objetivo se ha conseguido. Todos los Centros de Salud del Sector ofertan y realizan los test de HP mediante consultas monográficas de sus correspondientes Zonas Básicas de Salud.
El proyecto está implantado y es sostenible y refuerza el papel de AP en la mejora de la accesibilidad al test descongestionando la Atención Especializada.
No se pudo crear el buzón ICV Test HP con V-test en HCE. No se pudo habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test fueron pasos infructuosos. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP. Para poder habilitar la vía telemática se debería hacer el test con Taukit.
No se pudo consensuar con AE una pauta guía de tratamiento para nuestro Sector. En la actualidad desde AP, y en un intento por eliminar la variabilidad clínica, se están revisando las aportaciones que desde la Asociación Española de Gastroenterología se hacen en relación con las Dispepsia en el proyecto INFOGASTRUM.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.

No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP

Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

MÉTODO

Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

INDICADORES

Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Número total tests HP realizados en AP

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

DURACIÓN

Realización de protocolo del Sector	Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP	Enero 2018
Formación en realización test HP	hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV	marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP	Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE	SSCC enero 2018
Evaluación desarrollo	Diciembre DAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO GASCON
• Profesión MEDICO/A
• Centro DAP HUESCA
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELDUQUE PALOMO AMADEO
ALLER BLANCO ANA ISABEL
ELFAU MAIRAL MARIA
CEREZUELA SAMPER CARMEN
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.

Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.
Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.
Creación de una CARPETA compartida con la Dirección de AP en todos y cada uno de los Centros de Salud para el desarrollo de esta estrategia (material educativo, listados de pacientes...)
Envío de listados a los Centros de Salud con los pacientes diabéticos a los que se les estaban entregando tiras de control de glucemia cuando en sus tratamientos no figuraba ni la insulina ni ningún antidiabético oral hipoglucemiante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador de Actividad: (nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1)/(EAP Sector Huesca) x100
RANGO Contemplado 2019: 100%
Resultado: Numerador: 14, denominador: 14. Total 100%
Fuente: Dirección de Atención Primaria.

Indicador de Impacto: (nº de EAP con activ de educación diabetológica)/(nº de EAP con act. comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes) x100
RANGO Contemplado 2019: 30-50%
Resultado: Numerador: 2, denominador: 14. Total 14,29%. Los Centros de Salud que contaron con una actividad específica de educación diabetológica en sus agendas fueron Santo Grial y Grañén.
Fuente: OMI.AP

Indicador de Impacto: (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes con glucómetro) / (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes insulina) x100
Rango Contemplado 2019: 6-4%.
Resultado: Numerador: 140, denominador: 4896. Total: 2,86%
Fuente: OMI.AP y Receta electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la accesibilidad a los materiales para pacientes diabéticos tipo 1. Todos los Centros de Salud proveen de los materiales a estos pacientes en su lugar de residencia.
Se ha conseguido una mayor eficiencia del uso de tiras de glucemia restringiéndose su uso únicamente a los pacientes en tratamientos con insulina o ADOs hipoglucemiantes (sulfonilureas y meglitinidas)
Hay que seguir fomentando la educación diabetológica grupal ya que el grupo es el contexto idóneo para favorecer el aprendizaje, por la interacción entre los participantes, y facilita el apoyo y ayuda mutua para la toma de decisiones y mantenimiento de los estilos de vida saludables. La inclusión de esta educación en un indicador de los Acuerdos de Gestión Clínica de los Centros debe motivar su implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/336 ===== ***

Nº de registro: 0336

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:

CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de situación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en consulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacientes DM tipo 1

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DM tipo 1 desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO

Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

INDICADORES

Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia/ Nº de pacientes con DM tipo 1 (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

DURACIÓN

Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PLANO VIDOSA
· Profesión TCAE
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAO MARTIN ADOLFO
ARTERO GUILLEN BELEN
BERNAD BETORED GLORIA
MATA TORNIL ELENA
LOSCERTALES BERNAD LAURA
MUR ARDANUY NATIVIDAD
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ESTRUCTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

EDUCATIVA: Talleres prácticos, charlas, tertulias y dinámicas grupales.

- Proyección fotografías y videos de las actividades realizadas durante 2018.
- Reuniones informativas sobre las actividades, talleres de cocina y juegos.
- Exposición de propuestas.
- Taller de la autoestima
- Taller de comportamiento en la mesa y como debemos comer.
- Charla-coloquio: Conoce a los Reyes de España, presidentes, partidos y ministros.
- Cartelería. Redacción y elaboración de carteles informativos de actividades del centro.
- Proyección-coloquio: Pueblos en peligro de extinción.
- Taller de Julio Verne: De la tierra a la luna.
- Taller: Como manejamos nuestras emociones I.
- Taller: Descubriendo nuestras emociones II.
- Películas: Que se mueran los feos, Campeones, Ocho apellidos vascos y documentales.
- Taller: Como se vota. Elecciones.
- Talleres de cocina Puesta en práctica diferentes elaboraciones para eventos dentro del centro. (convivencias, cursos de formación, charlas, etc.)
- Juegos de mesa: oca, parchís, dominó, bingo, puzles, barajas, etc.
- Taller de lectura: "leemos juntos". Poesía, Don Quijote, novelas, etc.
- Introducción a la informática. Iniciación en Word.
- Charla- coloquio: Sexualidad, con seguridad tu mejor relación
- Ambientación Halloween.
- Charla impartida por la Policía Local: Convivencia, respeto y acoso en la sociedad
- Charla: Hábitos de higiene básicos
- Realización de tarjetas de Navidad para la familia, amigos, etc.
- Charla-taller: Importa estar limpio. Higiene de la piel y cabello

SOCIAL: Convivencias, salidas, ocio dirigido

- Salida: Centro Cívico. Exposición del cultivo, elaboración del aceite de oliva.
- Salida: Campo de fútbol Alcoraz de Huesca.
- Taller de swing. Grupo de baile de Hindy-hop
- Taller de yoga. Descubre sus beneficios. La práctica se realiza dos veces al mes.
- Charla: Presentación de una guía de montaña Sierra de Guara
- Salida: Centro Cívico. Exposición del cultivo, elaboración del aceite de oliva.
- Taller de pastelería impartido por un profesor de la escuela de Hostelería.
- Convivencia en Salas con ASAPME.
- Visita y convivencia en la granja escuela IFPE Montearagón.
- Palacio Villahermosa. Presentación y taller del proyecto "Estación Esperanza".
- Concierto de Cuencos Tibetanos.
- Excursión y merienda de convivencia en Alberuela de Tubo.
- Merienda de convivencia con Asapme. Elaboración de empanadico.
- Salida al cine. Película: Los Rodríguez y el más allá.
- Charla: Funciones y competencias de un agente forestal.

ACTIVIDADES TEMATICAS: Fiestas, ferias y mercados.

- Feria de la Asociaciones de Monzón: Talleres de cocina "Apetito Común".
- Participación en el Mercado Medieval con ASAPME.
- Merienda de hermandad navideña
- Venta del libro Apetito Común, realizado por los usuarios del CRP
- Taller de cocina a la comunidad.
- Grupo de juventud de las parroquias de San Lorenzo y Perpetuo Socorro

SALUD BUCODENTAL:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

- Charla-power point Higiene de la boca I
- Charla- video. Higiene buco-dental II. Técnicas del cepillado. Realización póster.
- Taller de refuerzo higiene bucal. Práctica con usuarios. Registro y seguimiento anual.
- Distribución de vasos y rotulación de cada paciente con su nombre para realizar la higiene bucal (pasta dentífrica + cepillo + colutorio).
- Realizamos una muestra de 20 usuari@s donde se valora la frecuencia, la técnica del cepillado y las incidencias/visitas al odontólogo.
- TECNICA DEL CEPILLADO

HIGIENE DEL SUEÑO

- Charla Higiene del sueño I. PowerPoint
- Taller higiene del sueño II. técnicas de higiene y rituales del sueño. Hoja registro.
- Talleres de relajación muscular progresiva Jakobson.
- Charla. Hábitos de la higiene del sueño. Superar el insomnio, ritmos y rutinas del sueño.
- Relajación I. Escuchar el sonido del agua y de la naturaleza.
- Relajación II. Visualizar paisajes naturales.
- Relajación III. Ejercicios respiratorios.
- Relajación IV. Escuchar música de relajación.

CUIDADO DE LOS PIES

- Charla informativa- power-point. Cuidados del pie diabético. Pies para que os quiero.
- Charla sobre el cuidado de los pies y uñas. Talleres prácticos y realización de técnica.
- Refuerzo de los talleres de la higiene de los pies y corte de uñas y puesta en común.

PIEL Y CABELLO

- Charla-taller: Importa estar limpio. Higiene de la piel y cabello.
- Charla -coloquio. Piel: Funciones, enfermedades y consejos para su cuidado.
- Encuesta grupal. Hábitos del aseo.

SEXUALIDAD

Charla- taller. Sexualidad I
Charla - coloquio. Salud sexual II

TALLER FÁRMACOS

- Charla informativa: Psicofarmacología y Principales fármacos orgánicos.
- Inclusión en el programa a 15 pacientes para su registro y seguimiento.
- Aplicación de escala DAI de medicación y un cuestionario auto elaborado de conocimiento de los fármacos
- Charla en común
- Intervención individual: Elaboración ficha medicación, preparación medicación individualizada y resolución de dudas, durante 5 sesiones con cada paciente.
- Aplicación de escala DAI y cuestionario de conocimiento de fármacos al finalizar

RECICLAJE

- Realización de diferentes proyecciones sobre ecología y medio ambiente.
- Realización de objetos decorativos con diferentes recursos materiales
- Realización de los carteles del "alimento del mes" reutilizando cartones y papel.
- Concienciar a los usuarios con ejemplos prácticos que realizan otras entidades.
- Reconocimiento a dos usuarios voluntarios que barren las colillas del suelo.

ALIMENTACION SALUDABLE:

Realización de un cartel correspondiente a cada alimento que se trabaja cada mes, puesta en común, quedando expuesto en el comedor del centro.
Reforzamos con la introducción de dicho alimento en la merienda dos veces al mes.

Enero: Naranja. Elaboración: zumo de naranja
Febrero: Aceite de oliva. Elaboración: Pan con tomate y aceite de oliva
Marzo: Aguacate: Elaboración: Guacamole
Abril: Pan integral: Elaboración tostadas con tomate y aceite de oliva
Mayo. Fresa. Elaboración: mermelada, flan y tartaletas
Junio. Garbanzo. Elaboración: hummus
Julio. Sandía y melón. Elaboración: brochetas
Agosto: Tomate. Elaboración gazpacho
Septiembre: Queso. Elaboración: sándwiches de queso y york.
Octubre: Atún. Elaboración: Pate de atún
Noviembre: Calabza: Elaboración: Empanadicos
Diciembre: Frutos secos. Turrone y Colineta nevada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. GRADO DE ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO:

Número de pacientes que participan en el programa del total de pacientes seleccionados.

VALOR DEL INDICADOR: = >MAYOR AL 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

Fuente: Registro de los usuarios seleccionados para la actividad. Nª 25 pacientes (al menos tienen que participar en el 50% de las actividades)

25 PACIENTES SELECCIONADOS : 25 PACIENTES PARTICIPAN= 100%

RESULTADO= 100%

2. MEMORIA DE ACTIVIDADES

Indicador dicotómico: SI/NO

RESULTADO= SI

3. ESCALA DAI y cuestionario de conocimiento de fármacos al finalizar las sesiones con cada paciente (TALLER DE MEDICACIÓN)

ESCALA DAI: 15 PACIENTES PARTICIPAN : 13 PACIENTES COMPLETAN= 87%

CUESTIONARIO AUTO Porcentaje

No responde o no participa 20%

Responden igual 46,6%

Responden peor 0%

Responden mejor (Mejoría leve) 13,3%

Responden mejor (Mejoría notable) 20%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En éste proyecto se ha trabajado desde la óptica de la recuperación, poniendo en valor el conocimiento de las necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG.

Consideramos en todos los aspectos que ha sido beneficioso. Hemos podido comprobar el grado de participación, motivación y satisfacción que han repercutido positivamente en sus vidas.

Aunque los avances pueden parecer pequeños, teniendo en cuenta las dificultades de éstos pacientes, tanto en sus capacidades cognitivas como de las destrezas del procesamiento, pero pese a ello, se ha conseguido una buena respuesta.

Todo el trabajo realizado lo tomamos como un punto de partida a otras actividades que se puedan implementar en la forma de trabajo rutinaria, puesto que estas personas necesitan mucho refuerzo y repetición, por todo ello creemos la importancia que tiene el contar con los profesionales que contribuyan en su interés e intentar motivarlos día a día dando soporte para mejorar su calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/511 ===== ***

Nº de registro: 0511

Título
INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

Autores:
PLANO VIDOSA PILAR, LANA O MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, BERNAD BETORED GLORIA, MATA TORNIL ELENA, LOSCERTALES BERNAD LAURA, MUR ARDANUY NATIVIDAD, CASASUS ESCUER ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Salud Mental

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con motivo de la puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros (ULE y Psicogeriatría) y viendo la repercusión positiva que han tenido en sus vidas y trabajando con ellos desde la óptica de la recuperación; se ha puesto en valor el conocimiento de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG; lo que supone un punto de partida para avanzar en el cuidado de la higiene y salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Soporte a unas acciones educativas, desde la recuperación encaminadas para mejorar la vida, salud, autonomía, respeto y dignidad de la persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar el autocuidado
- Educación para la salud: Aprender a alimentarnos de manera saludable
- Fomentar cambios de aptitud y hábitos
- Disminución de comportamientos de riesgo: tabaco, alcohol, dieta inadecuada.
- Favorecer el desarrollo humano individual y colectivo.
- Trabajar las habilidades sociales e instrumentales
- Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

MÉTODO

METODOLOGÍA

En éste modelo de proyecto educativo contamos con la información y contenidos para la adquisición de los hábitos y conductas saludables donde se pondrán de manifiesto en la programación. Tanto en los talleres como actividades es prioritaria la participación del usuario para que vaya adquiriendo los conocimientos por sí mismo.

Estrategias de intervención:

- Educación y aprendizaje en la higiene y salud.
- Hábitos saludables a través de la alimentación.
- Educación en la gestión de residuos.

Estructuración de las actividades:

- Educativa: Talleres prácticos - charlas - tertulias- puestas en común y dinámicas grupales.
- Social/comunitario : Convivencias, salidas, trabajo en grupo, cine, ocio dirigido, etc.
- Actividades temáticas: Carnaval, San Lorenzo, Halloween, navidad, mercados y fiestas
- El alimento del mes.

INDICADORES

- 1- Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
- 2- Grado de adherencia y cumplimiento
- 3- Memoria del programa

DURACIÓN

El programa tiene una temporalidad de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019. Descanso meses de Julio y Agosto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ELBOJ SASO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BIARGE RUIZ ARTURO
GRACIA BERCCERO CONCEPCION
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
FELIPE LANUZA GENMA
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS
BERNAD BETORED GLORIA
JAIME REYES ALLUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP:

- El espacio físico
- La dinámica de funcionamiento
- El ambiente relacional

Como consecuencia de este estudio se ha comenzado la adecuación del aula N°2 del centro siguiendo las recomendaciones del estudio.

Se ha comenzado a la actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Sesiones de trabajo quincenales del grupo de trabajo para realizar el plan de actuación que incluye:

- Valorar las necesidades personales de los pacientes
- Valorar las necesidades detectadas por los trabajadores de enfermería (DUEs, TCAEs, TO) en lo referente a la creación de espacios terapéuticos.
- Priorización de las medidas a tomar
- Establecer un plan de actuación, cronograma y plazos de ejecución
- Ejecución de las medidas: preparación de presupuestos, búsqueda de recursos, adecuación de los espacios.
- Valoración de los objetivos
- Plan de ejecución de las medidas pendientes: adecuación espacios individuales y personales de los pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de reuniones trimestrales de coordinación

ESTÁNDAR: 4 reuniones/año
RESULTADO: 100%

Sesiones de trabajo quincenales

ESTÁNDAR: 2 sesiones/mes
RESULTADO: 100%

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO
RESULTADO: SI

Adecuación del AULA 2

ESTÁNDAR: SI/NO
RESULTADO: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de recuperación

Como resultados del estudio destacamos las siguientes recomendaciones:

La importancia de la atención al confort y necesidades individuales de la persona atendida, desarrollando un ambiente tranquilo y poco estigmatizante.

La necesidad de que haya equipos estables de profesionales, para fomentar la motivación, el dinamismo y la responsabilidad en los equipos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

Tratar a través de apoyo, supervisión y formación continuada el déficit en niveles, competencias y formación de profesionales.

Explicitar normas de funcionamiento con el objetivo de regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas miembro de la unidad o dispositivo.

Asignar profesionales referentes a cada paciente, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente. De esta manera se fomenta la transmisión efectiva de la información, acerca de sus derechos, deberes, objetivos de la unidad etc., y se garantiza al máximo que la visión personal de la persona atendida quede explicitada en el plan de tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

Esta línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares e incluir a los gestores, a los y las responsables de las unidades como agentes de cambio.

Se necesitaría contar con un presupuesto o poder garantizar los recursos materiales para poder llevar a término los cambios.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
AMBIENTE TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUIAS DE FUNCIONAMIENTO

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, CASASUS ESCUER ISABEL, VAL LOPEZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.

Esta línea de trabajo es la que desde hace más de un año se apuesta en el CRP Santo Cristo de los Milagros. Los espacios hospitalarios deben preservar la dignidad de las personas y asegurar la seguridad de las personas. Se pretende crear espacios saludables y amables, libres de cualquier tipo de violencia, siendo siempre fieles al principio de la recuperación.

Se podría decir que un medio terapéutico es aquel que permite a las personas gozar de un entorno saludable, seguro, privado, digno, apropiado y con autonomía sin comprometer los objetivos clínicos de la unidad.

Una línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares y gestores.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GERENAL

Continuar revisando el ambiente terapéutico del CRP y elaborar las guías de funcionamiento de las unidades y proponer mejoras en otros dispositivos de Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
2. Favorecer el desarrollo de espacios saludables
3. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
4. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

MÉTODO

Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP.

Incluir a los gestores, a los y las responsables de las unidades, trabajadores como agentes de cambio

Propuesta de mejora y coordinación para otros dispositivos de la red de salud mental

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno.

Iniciar las mejoras a nivel local, en cada unidad o dispositivo: para promover los cambios pertinentes.

Actualización de las guías de funcionamiento de CRP

INDICADORES

INDICADOR:

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados

ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

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 - 2019/0624

1. TÍTULO

LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ENRIQUE BEJAR MARIN
· Profesión TCAE
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
CARRERO BACIGALUPE IZIAR
VAQUERO PEREZ MARIA JOSE
ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones periódicas del equipo de trabajo para programar las actividades con usuarios de UME, realizando búsqueda de diferentes formatos (obras de teatro, libros de poesía, literatura y literatura asociada a película).
Semanalmente se han realizado sesiones de 45 minutos con los usuarios de la Unidad desde marzo 2019.
Se han realizado actividades en la comunidad relacionadas con la lectura (presentación de libro, visita al archivo histórico, visita guiada con historiador por el Casco Antiguo, recitar poesía al aire libre).
Fomento del interés por la lectura animando a que nuestros usuarios sean capaces de buscar material para las diferentes sesiones.
Además del planteamiento inicial en cuanto a objetivos, hemos tenido en cuenta las preferencias, capacidades para seguir la actividad así como una adaptación de las materias dependiendo de las de los usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio aplicando los indicadores seleccionados:
pacientes que acuden al menos 50%----- 13
pacientes seleccionados-----15
lo que nos da un resultado indicador del 87%
La fuente de obtención ha sido el registro de asistencia de usuarios de cada sesión y método cuantitativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde que implementamos el proyecto en marzo de 2019, hemos constatado que la lectura es una herramienta terapéutica para la mejora de las habilidades lectoras, de atención, memoria, comprensión y expresión de los usuarios que han asistido. Así mismo, ha supuesto una alternativa saludable al ocio favoreciendo la interacción social grupal entre los usuarios y con el personal.
Ha sido necesario adaptar la actividad en función de las necesidades o aptitudes de los asistentes a las sesiones. Consideramos que se están consiguiendo los objetivos previstos inicialmente.
Como aspecto a mejorar, en algunas ocasiones hemos usado la improvisación y como consecuencia nos ha faltado planificación.
Se ha decidido, como mejora, planificar reuniones programáticas trimestrales y reuniones de evaluación posteriores a cada sesión semanal.
En cuanto a replicación, se mantiene la actividad que pasará a formar parte de las actividades de la Unidad elaborando un nuevo proyecto de lectura, orientado hacia la participación comunitaria

7. OBSERVACIONES.
Se consideraban como imprescindibles, para ayudar a la consecución de objetivos, una serie de necesidades (dotación económica, recursos materiales, etc.) que no hemos recibido.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/624 ===== ***

Nº de registro: 0624

Título
LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Autores:
BEJAR MARIN ENRIQUE, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, CARRERO BACIGALUPE ICIAR, VAQUERO PEREZ MARIA JOSEFA, ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0624

1. TÍTULO

LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-LA UNIDAD (UME) OFRECE UNA SERIE DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS A LO LARGO DE LA SEMANA QUE SUSCITAN, MÁS O MENOS, INTERÉS EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN DE CADA PACIENTE, PERO NECESARIAS POR SU UTILIDAD TERAPÉUTICA PARA FAVORECER LA RECUPERACIÓN Y PROMOVER LA AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES.
SE HA CONSTATADO EL SEGUIMIENTO DESIGUAL DE ALGUNAS DE ESAS ACTIVIDADES QUE INCIDEN MÁS EN EL USO DEL TIEMPO LIBRE, POR LO QUE SE VIO NECESARIO APORTAR UNA ACTIVIDAD NUEVA QUE PUDIERA ESTIMULAR MÁS A LOS PACIENTES.
-POR OTRA PARTE, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE OFRECER UN ESPACIO DE MEJORA PARA LOS DÉFICITS DEL LENGUAJE (APTITUDES DE ESCRITURA, HABLE Y ESCUCHA) QUE AFECTAN A ESTE TIPO DE PATOLOGÍA.
-ACTIVIDAD DE OCIO SALUDABLE Y DIFERENTE QUE FAVOREZCA LA SOCIALIZACIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:
-FORTALECER LAS APTITUDES DE LECTURA, ESCUCHA Y DESARROLLAR EL EXPRESARSE EN PÚBLICO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
-MEJORAR LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN.
-EXPANDIR EL CONOCIMIENTO AMPLIANDO EL VOCABULARIO.
- AGILIZAR LA MEMORIA.
-AGUDIZAR LA IMAGINACIÓN Y FAVORECER EL PENSAMIENTO CRÍTICO.
-CREAR VÍNCULOS EMOCIONALES(DESARROLLA UNA ACTITUD POSITIVA HACIA LA LECTURA COMO FUENTE DE PLACER).

MÉTODO

- REUNIÓN SEMANAL PARA PREPARAR EL CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD.
- BÚSQUEDA (INTERNET, BIBLIOTECA.....) DE TÍTULOS PARA LEER, PREVIA REVISIÓN DE LOS MISMOS.
- SESIONES SEMANALES DE UNA HORA PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA CON PACIENTES.
- SESIONES EXTRAS, UNA VEZ AL MES, PARA VISIONADO DE PELÍCULAS RELACIONADAS CON OBRA.
- ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD RELACIONADAS CON LA LECTURA
(PRESENTACIÓN DE LIBROS, ARTES ESCÉNICAS, FERIA DEL LIBRO, CITAS CON AUTORES...)
- ACTIVIDAD DE LECTURA EN EXTERIORES.
- ACTIVIDADES ENMARCADAS Y DIFERENCIADAS DEPENDIENDO DE LAS CUATRO ESTACIONES ANUALES.
- REUNIONES SEMANALES DEL EQUIPO PARA VALORAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES

- REALIZACIÓN DE CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR CON CARÁCTER TRIMESTRAL.
- NÚMERO DE SESIONES DE LECTURA.
- NÚMERO DE SESIONES EXTRA DE VISIONADO DE PELÍCULAS.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ABANDONAN LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL EXTERIOR.

DURACIÓN

- INICIO DE PROYECTO, EL 29 DE MARZO DE 2019.
- FIN DE PROYECTO, EL 1 DE MARZO DE 2020.
- CUESTIONARIO DE VALORACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS, TRIMESTRAL.
- UNA EVALUACIÓN CONTINUADA, TRAS CADA SESIÓN, QUE VALORARÁN PERSONAL Y USUARIOS, LA CONVENIENCIA, O NO, DE MODIFICAR EL CONTENIDO DE LOS TEMAS TRATADOS, ADEMÁS DE UNA VALORACIÓN, AL ALTA, QUE AYUDARÁ A VALORAR Y EVALUAR, LA LÍNEA DE TRABAJO 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 - 2019/0886

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE HELENA SANZ SANZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
CALVERA FANDOS LAURA
ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso...).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródomos.
- Elaboración del protocolo.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: Trimestral.

Ajustándonos al siguiente calendario:

- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de memoria.

Haciendo uso de los siguientes recursos:

- Material bibliográfico de consulta (internet o material disponible);
- Equipo informático (de consulta);
- Sala de reuniones (UME);
- Despacho donde realizar valoración.

Se elaboró el protocolo conjuntamente entre los componentes del proyecto, recogiendo las distintas variables a valorar por todo el equipo terapéutico, cada uno desde su disciplina profesional (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería). Variables clínicas recogidas en la bibliografía y relacionadas con la existencia de síntomas prodrómicos y su evaluación, no sólo atendiendo a las manifestaciones sintomáticas, sino también a posibles factores predisponentes y precipitantes.

Una vez concluido, se llevó a cabo una reunión con el equipo terapéutico para dar a conocer el protocolo y recoger aportaciones nuevas que se incluyeron en el mismo.

Con cada caso susceptible de aplicación se cumplimentó el protocolo entre todos los profesionales de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Planteamos los siguientes objetivos con los resultados obtenidos:

- Implementación del protocolo: porcentaje de pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica a los que se les aplica el protocolo. Se usa como indicador la siguiente fórmula: Pacientes de la UME con sintomatología prodrómica/ Pacientes a los que se aplica el protocolo. Esperando obtener el 100%.

Durante el tiempo transcurrido se han obtenido los siguientes resultados: 3/3= 100%.

- Registro de casos: cumplimentación del registro. Se aplica como indicador la siguiente fórmula: N° de casos incluidos en el registro/ n° casos con el registro de la intervención correspondiente. Esperando obtener al menos un 70%.

Durante el tiempo transcurrido se han obtenido los siguientes resultados: 3/3= 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha detectado que el protocolo favorece el trabajo en inter y multidisciplinar, promoviendo la reflexión y el cuestionamiento de prácticas clínicas. La UME supone un recurso en el que existe un potente trabajo de equipo, este protocolo resulta una herramienta para la recopilación minuciosa de información clínica relevante sobre un paciente, ofreciendo a su vez, una oportunidad para reflexionar sobre el caso y organizar toda la información que se recoge en cada una de las áreas de intervención (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería) orientando la toma de decisiones en casos complejos. Estos pacientes serían aquellos en los que la sintomatología se presenta de forma más sutil o enmascarada por diversos factores intervinientes como puede ser: la dinámica/apoyo familiar, capacidad de introspección, recursos personales y cognitivos, factores dinámicos y de personalidad, relación terapéutica, forma de manifestarse la clínica, ocultamiento de síntomas... Se estimula así el intercambio de ideas e información entre profesionales facilitando la toma de decisiones y la elaboración del plan individualizado de rehabilitación, mejorando la calidad de la asistencia.

- Podemos señalar dos funciones del protocolo: una, favorecer la toma de decisiones clínicas, ya sea

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

evitando ingreso en UCE o bien, indicándolo, según necesidades del paciente; otra, facilitar el conocimiento y construcción del caso, llevando a cabo una buena evaluación/valoración clínica y posibilitando que en futuras ocasiones se lleve a cabo una intervención más ajustada, además de una posible anticipación de situaciones de recaída y/o conductas auto/heteroagresivas.

- En cuanto a los resultados obtenidos, se ha aplicado el protocolo en tres ocasiones, con tres pacientes diferentes. En uno de los casos la intervención fue previa a un empeoramiento clínico y evitó posibles conductas auto/heteroagresivas; se procedió a ingreso en UCE tras haber intentado reajuste farmacológico que el paciente rechazó. En los otros dos casos el protocolo se aplicó posteriormente al ingreso en UCE permitiendo recopilar información clínica relevante y poder intervenir de forma eficaz en intervenciones posteriores, ajustadas a sus características concretas.

- Destacamos que la mayor parte de los pacientes no requieren este tipo de medidas excepcionales; de los 41 casos atendidos a lo largo del 2019, sólo 3 han requerido la aplicación del protocolo, pero ha sido fundamental para su evolución. Se observa que conlleva una labor reflexiva y de trabajo conjunto muy importante y necesaria en aquellos casos en los que existe mayor complejidad clínica o de abordaje terapéutico, siendo valorado su uso muy positivamente por lo profesionales.

- Como recomendaciones consideramos que sería interesante analizar los datos que se desprendan de su uso a medio plazo, teniendo en cuenta, por ejemplo, cuántos casos son susceptibles de aplicarles el protocolo y qué efectos tiene su uso sobre el trabajo en equipo y sobre la evolución del paciente. Hay que tener en cuenta que el uso del protocolo se encuentra ligado al tipo de paciente atendido y sus características personales, de tal forma que es de esperar que resulte fundamental en aquellos casos que suponen mayor complejidad clínica y de manejo en la relación terapéutica.

- Consideramos que el uso del mismo ha facilitado la aclaración de aspectos clínicos fundamentales en los pacientes a los que se ha aplicado el protocolo y que en dos de ellos se han podido tomar decisiones más ajustadas y eficaces para su evolución. En el otro caso, no se ha podido valorar cómo sería su evolución, ya que tras el ingreso en UCE se decidió alta a domicilio por cuestiones familiares.

- Se hace fundamental estimular la participación e implicación del resto del equipo, de tal forma que se pueda recoger información desde diferentes ámbitos, permitiendo llevar a cabo una intervención multidisciplinar.

- Concluimos que es importante mantener este protocolo como herramienta clínica en la unidad y promover los espacios de discusión e intercambio de ideas/información entre los distintos profesionales. Se trata de un trabajo replicable, además de sostenible en el tiempo, sin un elevado coste y con mejoras en la calidad de la asistencia. Se trataría de continuar aplicando el protocolo, llevando a cabo el registro y las reuniones de equipo correspondientes para su cumplimentación y toma de decisiones. Además, sería interesante realizar un análisis sobre los efectos de su aplicación con una muestra más amplia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/886 ===== ***

Nº de registro: 0886

Título
PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION DE SINTOMAS PRODROMICOS EN UME

Autores:
SANZ SANZ HELENA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GALVEZ CALABRIA MARTA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Unidad de Media Estancia (UME) del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca se detecta la necesidad de elaborar un protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos que oriente en la toma de decisiones terapéuticas y minimice los riesgos asociados. Se tratará de discernir el requerimiento de un ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE) para tratamiento más intensivo, o bien el ajuste de tratamiento y medidas de contención que eviten dicho ingreso en UCE. Al tratarse de una unidad de puertas abiertas, con recursos materiales y personales limitados, es importante intervenir cuando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

se produce una reagudización de cara a minimizar posibles riesgos derivados, como pueden ser: alteración de la convivencia con otros pacientes y su posible desestabilización, pasajes al acto con auto/heteroagresividad, empeoramiento clínico progresivo del paciente... En la actualidad no existen en la unidad ningún protocolo específico para identificación de pródromos. Consideramos que a través de esta herramienta se facilita la recogida de información procedente de cada uno de los ámbitos de tratamiento (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y auxiliar de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social...) y permite una toma de decisiones más ajustada a ese momento concreto del paciente evitando los riesgos ya mencionados y actuando de forma más ágil.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos con el objetivo de detectar el inicio de una descompensación psicopatológica y poder establecer la intervención más adecuada. La población diana será todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia que presenten sintomatología sugestiva de fase prodrómica y que requieran una valoración para discernir la necesidad de ingreso en Unidad de Corta Estancia u otra medida terapéutica. El protocolo será aplicado por el equipo sanitario que trabaja diariamente con el paciente, cada uno desde sus competencias profesionales.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso...).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródromos.
- Elaboración del protocolo.
- Elaboración del registro de casos.
- Presentación al resto del equipo asistencial.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: quincenal.

INDICADORES

Elaboración del protocolo de valoración de síntomas prodrómicos (sí/no).
Elaboración del registro de casos (sí/no).
Reunión con el resto del equipo asistencial (sí/no).
Implementación: aplicación del protocolo a pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica (100%).
Registro de casos: cumplimentación (100%).

DURACIÓN

- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Junio 2019: reunión con el resto del equipo asistencial para dar a conocer el protocolo y el registro.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de 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 - 2019/1212

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA PARDOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL
CASASUS ESCUER ISABEL
MENE PEREZ MARTA
FELIPE LANUZA GEMMA
ASPIROZ GUILLEN EMMA
BUIL LORIENTE TERESA
ZAPATER OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 12 de abril nos reunimos todo el equipo de mejora por primera vez para plantear las variables más importantes y que debían constar en la base de datos y tras debatirlas las aunamos en un documento.

Cada integrante del grupo se ha responsabilizado de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100% de los pacientes. En un principio había 45 pacientes ingresados en la unidad de larga estancia. Los dividimos entre las dos enfermeras y las 5 TCAES, después todo el trabajo fue supervisado por las dos enfermeras y posteriormente por el psicólogo quien daría la última supervisión con nuevas aportaciones antes de empezar a utilizar estas pautas.

Los documentos de cada paciente están ubicados en una carpeta en soporte papel compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE.

A medida que se han ido finalizando las pautas individuales de los pacientes se han ido comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales, se ha ido informando a todo el mundo en los cambios de turnos y hemos empezado a utilizarlas, además el psicólogo las lleva a las reuniones del PIR (PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN) para comentarlas con el resto del equipo terapéutico.

El 3 de junio realizamos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que fueron surgiendo, y se incorporó al grupo la TCAE Gloria Arner Moscoso colaborando activamente en este trabajo.

El 29 de octubre nos volvimos a reunir para revisar el proyecto.

A mediados de noviembre confeccionamos una encuesta de satisfacción que distribuimos a 23 profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros objetivos eran:

1-Mejorar la accesibilidad rápida a la información, así como una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales y que el 100% de los pacientes tuvieran cumplimentada su hoja individual de pautas.
% de usuarios de ULE con hojas pautas generales cumplimentadas/todos los usuarios de ULE.

45/45=100%

En un principio había ingresados 45 pacientes, pero 2 fueron dados de alta y otra paciente falleció por lo que quedaron 42, a lo largo de este tiempo han ingresado 3 pacientes que hemos decidido incluir por lo que volvemos a tener 45 pacientes y EL 100% tienen completada su hoja de pautas.

2- Satisfacción por parte del personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad
% de médico y psicólogo que consideran útil esta información/totalidad de los médicos y psicólogo.

Resultado:

-el psiquiatra de la unidad revisa mensualmente las pautas de comportamiento, piensa que la actualización sería más sencilla si se informatizará por lo que cree que el formato más adecuado sería la informatización para permitir un acceso y actualización común y si que piensa que es muy útil para el trabajo diario.
El psicólogo es un miembro del grupo por lo que no ha realizado la encuesta de satisfacción.

% de enfermeros que consideran útil esta información/totalidad de los enfermeros.

Resultado:

-el 100% de los enfermeros consultan las pautas de comportamiento.

-Cuando nos referimos a si se entienden bien las indicaciones de las pautas, lo valoraron con una escala que va del 1 al 5, siendo 1 muy deficiente y 5 excelente. En este caso observamos que un 83,5% responde un 4 y un 16,5% un 5.

-el 100% responde afirmativamente al formato utilizado.

-en cuanto a la utilidad para el trabajo el 66,66% contesta con un 5, el 16,66% con un 4 y otro 16,66% con un 3 (escala anteriormente citada).

% de TCAES que consideran útil esta información/totalidad de los TCAES.

Resultado:

-En la primera pregunta vemos que el 93,75% suelen consultar las pautas frente a un 6,25% que nos sorprende que no lo haga.

-Cuando nos referimos a si se entienden bien las indicaciones de las pautas, lo valoraron con la escala citada anteriormente. En este caso observamos que un 12,5% ha contestado un 2, un 18,75% un 3, un 25% un 4, y un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

31,25% un 5.

-Con respecto a la tercera cuestión un 87,5% contestan que les parece un formato adecuado frente a un 12,5% que no creen que lo sea.

-En la última pregunta, se les pregunto si serian útiles para su trabajo diario y un 25% contestaron un 3, un 18,75% un 4 y un 56,25% un 5.

Finalmente, en las sugerencias en general hemos recogido estos datos:

- La importancia de tener los datos actualizados
- Registrar el diagnostico medico
- Informatización

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos añadido al documento el diagnóstico del paciente ya que es un dato que tenemos que registrar en caso de fugas del paciente, caídas o incluso si precisa un ingreso en urgencias. Durante todo este tiempo estamos viendo como las compañeras usan este formato con bastante frecuencia para resolver sus dudas sobre entre otras cosas qué actuaciones tienen que llevar a cabo con los diferentes pacientes. Hemos decidido que cada vez que ingrese un paciente nuevo se cumplimentara su hoja individual de pautas. Sería muy recomendable diseñar pautas generales para otra de las unidades del CRP, como es la unidad de Psicogeriatría, además esta información la está demandando el personal nuevo que viene a trabajar a estas unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1212 ===== ***

Nº de registro: 1212

Título
MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Autores:
GARCIA PARDOS ANA MARIA, GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL, CASASUS ESCUER ISABEL, MENE PEREZ MARTA, FELIPE LANUZA GEMMA, ASPIROZ GUILLEN EMMA, BUIL LORIENTE TERESA, ZAPATER OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un grupo de profesionales ha detectado la necesidad de desarrollar un instrumento ágil para el manejo diario de las pautas generales, no farmacológicas, de los diferentes pacientes ingresados en la unidad de larga estancia (ULE), de esta forma pensamos que con esta herramienta de trabajo mejoraremos la accesibilidad rápida a la información y habrá una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Establecer las variables a registrar que permitan recabar toda la información necesaria
- 2-Diseñar una base de datos con pautas generales de todos los pacientes de ULE
- 3-Introducir las pautas generales de cada usuario de la ULE
- 4-Desarrollar una carpeta compartida donde pueda acceder todo el equipo de profesionales
- 5-Mantener actualizadas todas las pautas

MÉTODO

En una primera reunión plantearemos las variables a incluir en la base de datos, tras una decisión unánime de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

todo el grupo, ésta estará ubicada en una carpeta compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE. Cada integrante del grupo se responsabilizará de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100%de los pacientes.
A medida que se vayan finalizando las pautas de los pacientes se irán comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales para que se vaya informando a todo el mundo en los cambios de turnos y poder empezar a utilizarlas.
Realizaremos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que vayan surgiendo y para la realización y distribución de una encuesta de satisfacción y una última reunión cuando todos los pacientes estén incluidos en la base de datos para hacer una evaluación de la misma ya que se pretende al año que viene realizarlo en la unidad de psicogeriatría y para ver los resultados de la encuesta.

INDICADORES

Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:

- Creación de un documento estableciendo las variables (SI / NO)
- Diseño de la base de datos informatizada accesible a todo el personal de ULE (SI / NO)
- Disponer de archivador en papel accesible a todos (SI / NO)
- Realización de 3 reuniones al año (SI / NO)
- % de usuarios de ULE con hoja de pautas generales completadas/todos los usuarios de ULE. (100%)
- Encuesta de satisfacción al personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad (SI / NO)

DURACIÓN

ABRIL: Establecer variables a incluir en la hoja de pautas generales.
MAYO: Puesta en común con el resto del equipo de ULE y documento definitivo.
JUNIO- OCTUBRE: Introducir los datos de todos los pacientes de ULE.
Realización y distribución de la encuesta de satisfacción
NOVIEMBRE: Revisión de las hojas de pautas generales y resultados de la encuesta
DICIEMBRE: Finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ SANZ HELENA
ALEGRE GUERRA BEATRIZ
BAENA JIMENEZ NIEVES
BEJAR MARIN ENRIQUE
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
GALVEZ CALABRIA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado actividades físicas y/o deportivas adaptándose a las características de cada usuario, al tiempo atmosférico y a los diferentes recursos que se disponen en la comunidad y en el centro.

- Se llevan a cabo salidas a caminar diariamente, de aproximadamente 30 minutos, de todos los usuarios juntos, acompañados con el personal. De junio a septiembre se añadió un segundo paseo a caminar tras la cena, de duración también de unos 30 minutos.

- De junio a septiembre se acude a la piscina 2 veces por semana (lunes tarde y miércoles mañana), fomentando así tanto actividades deportivas como de ocio y en la comunidad (natación y ejercicio en el agua), en estas sesiones de piscina se fomenta ir o volver andando a la piscina, además de realizar ejercicios aeróbicos en el agua (nadar de diferentes maneras, andar en el agua, realizar saltos, estiramientos y ejercicios dinámicos de movimiento corporal).

- De enero a septiembre se estuvo realizando 1 sesión deportiva por semana (viernes por la mañana), de duración 45 minutos, actividad grupal, que consistía en un calentamiento y en realizar un deporte o juego lúdico-deportivo en grupo. En septiembre se inicia el programa de iniciación al running y se aumentan las sesiones. En septiembre esta sesión se quitó y se añadió las sesiones de running.

- Programa de iniciación al running, se comienza el 16 de septiembre y actualmente continua, y se establece 3 días por semana (lunes, miércoles y viernes) sesiones de 45 minutos, estas sesiones consisten primero en un calentamiento formado por ejercicios dinámicos en grupo y en ejercicios de movilización articular, posteriormente se realizan varios grupos para correr o caminar (dependiendo de la motivación y condición física), los grupos de correr se van alternando periodos de trote y periodos caminando para poco a poco ir aumentando resistencia y poder aumentar tiempo y recorrido más largos. Se finaliza las sesiones con estiramientos. Estas sesiones se realizan en colaboración con los alumnos de la universidad de ciencias de la salud y el deporte. Se añade como propuesta igual realizar alguna sesión en el gimnasio de la universidad para así motivarlos más.

- Durante todo el año, exceptuando un parón de junio a septiembre, se lleva a cabo una sesión a la semana (martes por la tarde) en el polideportivo Pio XII, donde se realiza con un monitor gimnasia de mantenimiento y prácticas de diversos deportes.

- Se intenta fomentar el deporte en recursos de la comunidad como son en la piscina o polideportivo Pio XII y en actividades deportivas sociales como son carreras, como ya se han realizado la marcha Aspace (mayo 2019) y la carrera contra el cáncer (octubre de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

- El 68% de los pacientes han disminuido el Índice de Masa Corporal (IMC en adelante) tras la actividad física, por lo que han mejorado su salud física. El objetivo era mejorar la salud física, disminuyendo el IMC en un 20% de los participantes.

El Indicador del % de pacientes que disminuyen el IMC se fijó en el estándar, en un 20%, porque hay muchas otras variables difíciles de controlar (medicación, transgresiones dietéticas entre otras). Superando este porcentaje que se fijó.

Para calcular el porcentaje, el numerador ha sido el número de pacientes que han disminuido IMC tras un año o al alta y el denominador el número de pacientes que han participado en la actividad física.

- Se ha obtenido un ligero aumento, sin ser significativo, de la puntuación global obtenida en la prueba de Screening de Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S); se objetiva una mejoría más acusada en las pruebas que evalúan memoria de trabajo y aprendizaje verbal.

Sin embargo, no se puede concluir que dicha mejoría sea atribuida exclusivamente a la práctica de ejercicio físico, sino que cabe esperar que sea el resultado de varios factores, incluyendo el ejercicio físico, que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

podrían afectar al funcionamiento cognitivo (por ejemplo, estabilización psicopatológica, taller de estimulación cognitiva, establecimiento de relaciones sociales...).

- Los pacientes están satisfechos con la actividad física. Rellenaron un cuestionario al comienzo del proyecto y al alta o al año del proyecto, observando en los resultados que están satisfechos, que se sienten mejor después de realizar la actividad física, que la principal razón por lo que les gusta realizar ejercicio físico es por salud, estar en forma y por pasar el tiempo de una forma diferente. En la mayoría de los pacientes el esfuerzo que les supone el ejercicio físico es menor que al principio, y cuando les cuesta mayor esfuerzo es debido a un empeoramiento de su situación psicopatológica. Destacando que cuando en algún periodo no han realizado ejercicio físico (como el periodo de navidad), lo han notado en su salud y querían volver a retomarlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, se observa que la práctica de la actividad física en este tipo de pacientes es beneficiosa, valorando este proyecto por sus resultados de forma positiva, adquiriendo en los pacientes una rutina de ejercicio mientras están en el centro, considerando interesante si se pudiera mantener la rutina diaria fuera del centro.

Dado a los resultados se establece el ejercicio físico como actividad regular del centro.

A través de la observación, se ha apreciado una mejora en las relaciones interpersonales, tanto a nivel de cuantitativo como cualitativo, suponiendo mayor comunicación y de forma más distendida entre compañeros, favoreciendo un sentimiento de cohesión grupal, esta apreciación desarrollar en posteriores estudios.

Sería recomendable en futuros estudios, poder comprobar con otros años anteriores, donde no se llevaba a cabo el proyecto de actividad física, si el porcentaje de pacientes que disminuyen su IMC es igual, superior o menor, porque así se comprobaría mejor el impacto de la actividad física en su salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1124 ===== ***

Nº de registro: 1124

Título
EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
GALVEZ CALABRIA MARTA, SANZ SANZ HELENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, MARGARETO CASQUETE ELENA, BAENA JIMENEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con trastorno mental grave son mucho más sedentarios que la población en general (Stubbs B et al., Schizophr Res ; 171: 103). Esto conlleva un aumento de los trastornos cardiometabólicos con una reducción de la expectativa de vida. Por otra parte, estudios recientes, no todavía suficientemente contrastados, han sugerido que el ejercicio aeróbico potencia la neurogénesis, provocando una mejoría de los síntomas cognitivos y negativos (Panjonk FG et al. Arch Gen Psychiatry 2010; 64: 133-145).

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la salud física
Mejorar la función cognitiva
Mejorar los síntomas negativos
Mejorar los síntomas depresivos
Satisfacción con la actividad física

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MÉTODO

- Análisis de la conducta sedentaria al ingreso mediante el cuestionario de actividad física.
- Evaluación antropométrica de los pacientes: IMC, perímetro de cintura abdominal.
- Entrevista motivacional para potenciar el ejercicio físico.
- Iniciar una actividad física progresiva hasta alcanzar las recomendaciones de Consenso de la Organización Internacional de la Terapia Física en Salud Mental: 150 minutos de ejercicio físico por semana de ejercicio aeróbico (entre el 55-80% de la frecuencia cardíaca) repartidos en actividad física individualizada (fundamentalmente caminar cuatro veces a la semana), con una duración de 45 minutos, logrando que este ejercicio sea de tipo aeróbico. La medición de la frecuencia cardíaca sería manual y si es posible también con instrumentos como pulsímetros.
- Se hará un registro individual de la actividad física que tendrá la duración del tiempo que el paciente esté ingresado en la Unidad de Media Estancia.

INDICADORES

Disminuir el IMC y la cintura perimetral
Mediante el test de evaluación cognitiva de pacientes con el trastorno mental grave
Subescala PANSS negativo
Escala de Cagliari
Escala de satisfacción

DURACIÓN

Se hará durante 6 meses y se valorará la continuidad

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 - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE VICENTE COMPAIRED TURLAN
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA
NOGUERAS BRAVO ELISA
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE
ZAMORA MUR ALFREDO
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
MOYA PORTE TERESA
ZAZO ROMOJARO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Febrero - junio de 2019:

- adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos.
- cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- ordenación del almacén de farmacia por principio activo.
- unificación de las fichas de los artículos a código H.
- revisión y configuración del módulo de Unidosis y Gestión del Sistema de Farmatools®.

Junio de 2019: formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

Octubre de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría B.

*Recursos materiales: carros de medicación y estantería de medicación para la preparación de los carros (estantería en "U").

*Recursos humanos: un farmacéutico durante el proceso de implantación y un técnico de farmacia desde el inicio de la implantación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado la implantación la prescripción electrónica asistida y la distribución de medicamentos en dosis unitarias en la unidad de geriatría B (24 camas de geriatría de un total de 69).

De esta manera se consigue el objetivo propuesto:

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría = 33%.

Para alcanzar este objetivo se han adecuado más de 1.400 fichas de medicamentos en el Maestro de artículos de Farmatools® y se han fusionado cerca de 350 fichas correspondientes al mismo principio activo, vía y forma farmacéutica pero correspondiente a otro código nacional y laboratorio proveedor.

Asimismo, se ha realizado el cambio de la descripción a principio activo en alrededor de 1.000 fichas de medicamentos y se ha ordenado el almacén por orden alfabético de principio activo.

La implantación en geriatría A y geriatría C no ha sido posible debido a la falta del número necesario de carros de medicación. En el momento en que se disponga de los recursos materiales necesarios se llevará a cabo su implementación de forma gradual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La DMDU ligada a la prescripción electrónica se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro. La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento debe ser un objetivo prioritario en cualquier centro sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/469 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Nº de registro: 0469

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
COMPAIRED TURLAN VICENTE, CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, NOGUERAS BRAVO ELISA, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, ZAMORA MUR ALFREDO, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ZAZO ROMOJARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU). Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines. Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación. La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas. Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería. La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

MÉTODO

- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

- Febrero-mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MONFORTE GASQUE
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABIA FERNANDEZ LAURA
COMPAIRED TURLAN VICENTE
MOYA PORTE TERESA
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
BESCOS LATRE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Abril 2019. Revisión de la bibliografía relativa a dispensación en dosis unitarias y prescripción electrónica.
Responsable: Vicente Compaired Turlán
Se llevó a cabo la revisión de la bibliografía disponible sobre unidosis y prescripción electrónica a través de Pubmed para poder tener los conocimientos teóricos de cuáles son las fases fundamentales para su implantación y correcto funcionamiento.
Algunas de las referencias bibliográficas consultadas fueron:
 1. Errores de prescripción tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida. E. Delgado Silveira et al. Farm Hosp 2007; 31: 223-230
 2. Evaluación de estudios prospectivos sobre errores de medicación en la prescripción: revisión sistemática. Rev Mex Cienc Farm 45 (1) 2014
 3. Implantación de un programa de prescripción médica electrónica en un hospital. Farm Hosp Vol. 26. N.º 6, pp. 327-334, 2002
 4. Nightingale PG, Adu D, Richards NT, Peters M. Implementation of rules based computerised bedside prescribing and administration: intervention study. BMJ 2000; 320: 750-3
 5. Murray MD, Loos B, Tu W, Eckert GJ, Zhou XH, Tierney WM. Effects of computer-based prescribing on pharmacist work patterns. J Am Med Inform Assoc 1998; 5 (6): 546-53
 6. Belles MD, Olivero JM, Castera E, Such I, Abad FJ. Integración del sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria en el sistema de información de la gestión hospitalaria. Farmacia Hospitalaria 1997; 21:157-61
- 2- Mayo-junio 2019. Reunión con supervisoras de planta y Jefe de Servicio de Geriatria.
Responsables: Vicente Compaired Turlán
Se realizó una reunión inicial para poder establecer y definir los pasos necesarios para la implantación del sistema unidosis y prescripción electrónica en el hospital.
En esta reunión se decidió:
 - Inicio prescripción electrónica en Geriatria B como unidad piloto y, posteriormente extensible a las otras dos unidades.
 - Fecha de inicio: lunes 15 de julio 2019
 - Se acuerda realizar formación la semana anterior al inicio.
 - Se acuerda realizar el cambio a principio activo en las 3 unidades de hospitalización y revisar el pacto de Geriatria B.
3. Septiembre 2019: Reunión definitiva, configuración programa, elaboración de protocolos.
Responsables: Mª Pilar Monforte Gasque
Laura Cobia Fernández
Finalmente, no se pudo llevar a cabo la implantación del proceso en la fecha acordada en la primera reunión (15 julio 2019) debido al cambio de responsable de Farmacia.
Las actividades realizadas en este periodo fueron:
 - 3.1. REUNIÓN: la primera semana de septiembre se realizó una nueva reunión en la que se definieron las fechas definitivas para la implantación del proceso y las fases en las que se iba a llevar a cabo:
 - Fecha definitiva de implantación: 16 Octubre 2019
 - Reunión para pacto definitivo del botiquín planta B: 2 Octubre 2019
 - Modificación del botiquín de planta B: 14 Octubre 2019Se definió también el cronograma de trabajo:
 - Hora límite prescripción 13h.
 - Hora límite validación del farmacéutico 13:30h.
 - Preparación cambios y revisión de carros 14h-14:30h
 - Salida de carros y envío a planta a las 14:30h.
 - Los fines de semana se decide preparar el carro para 3 días. Queda pendiente definir la realización del carro de unidosis los días festivos.
- 3.2. ELABORACIÓN DE PNTs: se llevó a cabo la elaboración de Protocolos Normalizados de Trabajo relacionados con la implantación del proceso:
 - ? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA MÉDICA EN DOSIS UNITARIA
 - ? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: ENFERMERÍA
 - ? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA MÉDICA: INGRESO, ALTA Y TRASLADO MANUAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

- ? INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA ELECTRÓNICA
? PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS
- 3.3. CONFIGURACIÓN PROGRAMA: se realizó la configuración de Farmatools Dominion (módulo unidosis). Se definieron: formas farmacéuticas, vías de administración, secuencias horarias, pautas, medicamentos de stock de botiquín, habitaciones, condiciones especiales de dispensación, etc.
- 3.4. CREACIÓN DEL ÁREA UNIDOSIS EN EL SERVICIO DE FARMACIA:
- Disposición espacial del área de unidosis dentro del Servicio de Farmacia.
- Elaboración de presupuestos para la compra de cajetines abatibles para poder almacenar la medicación de unidosis.
4. Octubre 2019: Formación e implantación del proceso
- 4.1. FORMACIÓN: se realizaron 4 sesiones de formación de 4 horas de duración cada una de ellas para el personal: 1 sesión para médicos, 2 sesiones para enfermería y 1 sesión para el personal de Farmacia. En ellas se explicó: las bases metodológicas de los procesos, importancia y ventajas de su implantación, funciones del personal dentro del proceso y una parte práctica sobre el funcionamiento y manejo del programa.
- 4.2. IMPLANTACIÓN: el día establecido en la segunda reunión se llevó a cabo la implantación de la prescripción electrónica y dispensación en dosis unitarias.
5. Noviembre: revisión del proceso de implantación y desarrollo
Se realizaron modificaciones en la configuración del programa:
- Secuencias horarias adaptadas a los horarios del hospital
- Medicamentos de stock de botiquín: todos los medicamentos prescritos "si precisa" pasan a configurarse de stock para que no se dispensen en el carro de unidosis.
5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la implantación del sistema de dosis unitarias y prescripción electrónica se ha validado la prescripción de 226 pacientes durante este periodo.
Se han realizado intervenciones farmacéuticas debido a: suspensión de tratamiento, adecuación de la prescripción, cambio de vía de administración, ajuste a función renal, intercambios terapéuticos y discrepancia en la prescripción.
Resultados de los indicadores:
- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el Servicio Geriatria.
Fuente de datos: Farmatools@
Objetivo: 33%
RESULTADO: 33% (pacientes ingresados en planta de hospitalización B)
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria.
Fuente de datos: Farmatools@
Objetivo: 33%
RESULTADO: 33% (pacientes ingresados en planta de hospitalización B)
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado la implantación del proceso en una de las plantas de hospitalización durante el año 2019. Este sistema supone una mejora en la calidad de la atención farmacoterapéutica de los pacientes ingresados, una disminución de los errores de medicación y la optimización de la terapia farmacológica.
Sería conveniente la extensión del sistema al resto de plantas de hospitalización, consiguiendo que se implantase en el 100% de los pacientes. Sin embargo, esto no es posible actualmente debido a la falta de recursos materiales, y fundamentalmente de recursos humanos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/469 ===== ***

Nº de registro: 0469

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
CAMPAIRD TURLAN VICENTE, CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, NOGUERAS BRAVO ELISA, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, ZAMORA MUR ALFREDO, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ZAZO ROMOJARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU). Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines. Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación. La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas. Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería. La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

MÉTODO

- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

DURACIÓN

- Febrero-mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN MARINA CASTIELLA GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMPAIRED TURLAN VICENTE
BESCOS LATRE NATALIA
CEBRIAN MANERO ANA
GRACIA BENITO ANGELA CARMEN
MONFORTE GASQUE MARIA PILAR
CABIA FERNANDEZ LAURA
ZAMORA MUR ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por un lado, se revisan todas las fichas de los medicamentos activos en el maestro (Farmatools®). Se cambia la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo y el código nacional asociado por el código de identificación común para hospitales en Aragón. Se actualiza dosis, unidad de medida, forma, dosis máxima, grupo terapéutico, vía de administración, ubicación. Además, se fusionan fichas con el mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica, de los diferentes laboratorios a los que se ha comprado el medicamento. Por otro lado, se reordena el almacén del Servicio de Farmacia por orden alfabético de principio activo; hasta ahora, por nombre comercial. Se elaboran y reparten en Farmacia y en las diferentes unidades, listados con la correspondencia entre principios activos y nombres comerciales disponibles. El calendario marcado se ha cumplido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 4 meses se revisan 1.413 fichas. Tras la fusión de varias de ellas entre sí, correspondientes al mismo medicamento pero de diferente laboratorio, y tras dar de baja las presentaciones ya no disponibles, se registran 1.015 fichas de medicamentos actualizadas. Se reordena el almacén por orden alfabético de principio activo. Por espacio y organización, se separan en el almacén, aunque siguiendo el mismo criterio de orden, las formas inyectables, medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, colirios e inhaladores, jarabes y cremas. Para todos los medicamentos en farmacia se diseñan nuevas etiquetas. La elaboración y difusión de los listados con la correspondencia entre principio activo y nombre comercial, facilita la realización de los pedidos por supervisión de enfermería y su preparación en farmacia. En cuanto a los indicadores (elaboración propia según objetivo deseado):
-Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%. Conseguido
-Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%. Conseguido
-Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%. Conseguido.
-Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.Sí

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la actualización de las fichas, la base de datos está preparada para empezar con la prescripción electrónica en el Hospital, garantizando la seguridad. El orden por principio activo favorece una mayor calidad en la gestión del stock en farmacia; evita duplicidades y agiliza inventarios. Lecciones aprendidas: la mejora en la organización del Servicio de Farmacia facilita el trabajo de profesionales y aumenta la eficiencia y seguridad del paciente reduciendo el riesgo de error.

7. OBSERVACIONES.

La coordinadora del proyecto Carmen Marina Castiella García, en el momento actual se encuentra trabajando en el Hospital de Barbastro. Se han añadido como miembros del proyecto a Pilar Monforte, Laura Caba y Alfredo Zamora por su incorporación al equipo después del plan inicial, sustituyendo a Elisa Noguerras, María Jose García y Begoña Ayala.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/471 ===== ***

Nº de registro: 0471

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019

Título
MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN

Autores:
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, COMPAIRED TURLAN VICENTE, NOGUERAS BRAVO ELISA, GRACIA BENITO ANGELA CARMEN, GARCIA VARONA MARIA JOSE, CEBRIAN MANERO ANA, BESCOS LATRE NATALIA, AYALA LOPEZ BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, gran parte de los medicamentos utilizados en el Hospital están registrados en el sistema de gestión del Servicio de Farmacia y ordenados por orden alfabético en el almacén, por nombre comercial (en vez de por principio activo), con su correspondiente código nacional como código asociado. Esto supone un problema para la implantación de la prescripción electrónica, con la que se pretende comenzar próximamente. Además, en muchos casos, existen varias fichas para un mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica como consecuencia de haber tenido que pedir a lo largo del tiempo, el mismo medicamento a diferentes laboratorios, creando un registro nuevo por cada laboratorio diferente al que se ha solicitado la medicación. Este hecho dificulta la gestión de los pedidos así como del inventario real de la farmacia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualizar en el maestro de artículos (Farmatools®) la información de las fichas de cada medicamento empleado en el Hospital (principio activo, dosis, vía de administración, forma farmacéutica y grupo terapéutico).
- Disponer de una ficha por especialidad farmacéutica con el código de identificación común para hospitales de Aragón, en la que se incluyan las distintas ofertas y donde poder consultar los movimientos de dicho medicamento independientemente del proveedor.
- Ordenar el almacén de Farmacia siguiendo el orden alfabético de los principios activos.
- Implementar la petición de medicamentos por parte de los servicios, por principio activo.

MÉTODO

- Reparto de listados con los nombres comerciales de los medicamentos y sus correspondientes principios activos a las diferentes unidades y explicación de los mismos.
- Revisión de todas las fichas activas del maestro de artículos del Servicio de Farmacia.
- Cambio de la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo.
- Unificación y fusión de fichas, cambiando el código nacional por el código H, sistema unificado de códigos de medicamentos en Aragón.
- Revisión de dosis, forma farmacéutica, grupo terapéutico y vías de administración de cada medicamento para actualizar y adecuar la base de datos.
- Reordenación del almacén del Servicio de Farmacia, siguiendo orden alfabético de principio activo e identificación con nuevo etiquetado.

INDICADORES

- Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%.
- Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%
- Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%
- Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.
- Reetiquetado de los medicamentos por principio activo. Sí/no.

DURACIÓN

Enero: reparto de los listados con nombre comercial y principio activo a las plantas e información del plan a seguir.
Enero-mayo: revisión de todas las fichas de medicamentos y actualización de las mismas.
Mayo: cambio de orden del almacén del Servicio de Farmacia y reetiquetado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 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 - 2019/0027

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UBIS DIEZ ELENA
PERALTA GASCON ISABEL
GOMEZ SUGRAÑES JUAN
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diciembre 18- febrero 19: Geriatra y enfermera de la unidad de valoración que desarrollan su labor asistencial en el Hospital S Jorge, realizan el protocolo de selección y valoración del paciente anciano tributario de atención (mayor de 80 años con fragilidad - Índice de fragilidad VIG > 0,20). Se tienen en cuenta otros aspectos como multimorbilidad, polimedificación, situación funcional, cognitiva y social, valoración nutricional y presencia de síndromes geriátricos.

Se excluyen del protocolo herniorrafias y cirugía menor. Se incluyen pacientes que precisan cirugía programada y patologías quirúrgicas pero que no precisan intervención en ese momento (colecistitis, obstrucciones, traumatismos..)

Enero 19: Presentación en sesión clínica del Servicio de Cirugía de H S Jorge., dónde se consensúan algunos aspectos

Marzo 19: elaboración del formato de base de datos de los pacientes valorados.

Julio 19: Primer análisis de los datos obtenidos. EN este análisis se evidenció que alguno de los indicadores diseñados excesivamente laborioso (búsqueda en historia clínica en papel de todos los pacientes atendidos) proporcionalmente a la información que proporcionaba. Se diseñaron indicadores nuevos, más sencillos y que aportaban información más relevante para el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: % pacientes trasladados a HSCJ (Geriatría) desde el S. Cirugía H.S. Jorge
estándar: 20%

Comentario: Se trasladará pacientes que presenten criterios geriátricos definidos con anterioridad y consensuados con S Cirugía

Denominador: Pacientes geriátricos ingresados en Cirugía: 91

Numerador: Pacientes trasladados a geriatría de los pacientes geriátricos ingresados en cirugía: 18

Aclaraciones: Los pacientes presentarán al menos uno de estos criterios: > 80 años, índice de fragilidad > 0,2

Fuente: Base de datos propia de la Unidad de Valoración Sociosanitaria

Resultado: 19,78%

INDICADOR 2: % de ancianos atendidos por la Unidad de Valoración ingresados en cirugía

Estándar: 90%

Comentario: se considera paciente tributario de atención por la Unidad de Valoración Sociosanitaria a los pacientes >80 años ingresados para intervención quirúrgica

Denominador: Pacientes > 80 años ingresados para cirugía(91)

Numerador: Pacientes > 80 años atendidos por la unidad de valoración (91)

Aclaración: Se excluyen pacientes > 80 años sin comorbilidad

Fuente: Base de datos propia de la Unidad de Valoración Sociosanitaria

Resultado: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha conseguido mejorar la continuidad asistencial del paciente anciano quirúrgico de riesgo, agilizando y haciendo el traslado más precozmente con lo que uno de los objetivos fundamentales que es la mejora de la funcionalidad, se ve cumplido (objetivado con el índice de Barthel previo, al ingreso y al alta)

- Se ha realizado un trabajo interdisciplinar y coordinado entre especialidad médica y quirúrgica

- Sería recomendable la valoración prequirúrgica de la fragilidad en pacientes oncológicos tributarios de tratamiento quirúrgico, para conseguir una adecuada rehabilitación.

7. OBSERVACIONES.

Sería aconsejable la extensión del proyecto a otros Servicios quirúrgicos (urología, orl...) condicionado a la existencia de profesionales para realizarlo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/27 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

Nº de registro: 0027

Título
ATENCION INTERDISCIPLINAR PERIQUIRURGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRURGICO DE RIESGO

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, SARVISE LACASA FERNANDO, GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procesos subsidiarios de tratamiento quirúrgico
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un hecho de gran trascendencia a nivel social el envejecimiento de la población, pero hay sectores en los que este proceso tiene una mayor repercusión, siendo el sanitario probablemente en el de mayor impacto, ya que además del incremento del uso de servicios debido al mayor porcentaje de personas de edad le debemos añadir que la edad es un importante factor de riesgo de patología quirúrgica. La innovación tecnológica en las últimas décadas ha permitido tratar quirúrgicamente una amplia gama de procesos que anteriormente era impensable, actualmente la complejidad radica en gran medida en los pacientes, y sobre todo en los pacientes ancianos, que antes ni se planteaba la posibilidad quirúrgica y hoy en día pueden suponer casi el 50% de las intervenciones. Los ancianos son un grupo de población con una variabilidad enorme, encontrándose desde el anciano robusto con un buen estado físico y psíquico y una cobertura social excelente de una edad de 90 años, hasta el anciano con elevada comorbilidad, polimedicado, con algún grado de discapacidad, deterioro cognoscitivo y pobre soporte social, de una edad mucho más temprana. Esas circunstancias generan un impacto elevado en su capacidad de respuesta al estrés quirúrgico y por tanto una mayor vulnerabilidad a experimentar complicaciones graves, consiguiendo pobres resultados pese a la técnica experimentada. Todo esto hace que la asistencia a las personas mayores sea mucho más compleja, y ya no es suficiente asegurar la mejor anestesia y técnica quirúrgica posibles, una estabilización hemodinámica en la reanimación y la prevención de procesos infecciosos o tromboembólicos, además es preciso identificar a los que presentan un mayor grado de fragilidad y realizar una correcta prevención y abordaje precoz del deterioro funcional y de los síndromes geriátricos que aparecen en el postoperatorio inmediato, lo que induce a una forma de trabajo diferente a la actual si se quiere optimizar y afinar los cuidados en las personas mayores, desarrollando un trabajo en equipo entre diversos profesionales (cirujanos, anestesiólogos, geriatras,...).

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia del paciente anciano frágil quirúrgico mediante una adecuada toma de decisiones, la optimización previa a la cirugía, la prevención y abordaje precoz de complicaciones, el mantenimiento de la función, y la gestión del caso.

MÉTODO

Se va a realizar un trabajo en dos escenarios con dos tipos distintos de pacientes:

1. Atención en Consultas externas de geriatría de aquellos pacientes > de 75 años programados para cirugía que cumplan al menos dos de los siguientes criterios:
Cardiopatía (IAM, insuficiencia cardiaca, arritmias...)
Neumopatía (EPOC; insuficiencia respiratoria)
Deterioro cognitivo o antecedentes de sd confusional agudo
Polimedicación: (> 5 fármacos entre ellos anticoagulantes...)
Problemas de movilidad (escaleras, transferencias, ayudas técnicas...) o caídas en último año

Estos pacientes serán derivados a las CC EE de geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús y valorados en el plazo de una semana, detectando todos aquellos procesos que pudieran contraindicar de forma relativa o absoluta la cirugía y en caso necesario adecuar al paciente para poder minimizar los riesgos quirúrgicos.

2. Atención en la hospitalización del Servicio de Cirugía de aquellos pacientes que ingresan de forma urgente y presentan al menos uno de los siguientes criterios:
>80 años
Fragilidad (Índice de Fragilidad VGI >0,2)

INDICADORES

- % de pacientes atendidos del total de pacientes tributarios de atención
- % de pacientes trasladados desde el Servicio de Cirugía del Hospital San Jorge al Hospital Sagrado Corazón de Jesús

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

DURACIÓN

El inicio de la colaboración será desde el 1 de marzo de 2019, con una duración indefinida en dependencia de los resultados marcados por los indicadores.

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 - 2019/0949

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA IBOR MARCUELLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYALA LOPEZ BEGOÑA
CHARTE GASCON MARTA
JAL DOMINGUEZ YOLANDA
NOVA ABADIAS SONIA
LABORDA SANVICENTE MARIA DOLORES
PUEYO MOI MARIA ISABEL
BLANCO LAIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el mes de febrero hasta abril se han mantenido numerosas reuniones entre el Servicio de Enfermería geriátrica con el Servicio de Cocina y con Logopedia (rehabilitación).

- En primer lugar se trabajaron la dieta basal con el servicio de cocina y las dietas disfágicas con el servicio de cocina.
- Se fueron desglosando las dietas terapéuticas en cascada (todas las que se decidió definir por consenso de la comisión y teniendo la tipología del paciente ingresado en el Hospital y las más utilizadas)
- Ha habido múltiples dificultades en principio porque se intentó adaptar dietas del hospital general, pero hubo que readaptarlas por el tipo de paciente.
- A lo largo del año ha habido muchísimo cambio de personal en cocina y también e enfermería. Añadido a un problema intrínseco en la propia cocina, que propició un cambio importante en algunos de los menús por incorporación de nuevos productos nutricionales. Esto obligó a rehacer algunas de las dietas en varias ocasiones.
- El servicio de informática ha empezado a trabajar en la informatización del programa, y en las instrucciones para su uso para personal de cocina, las unidades de enfermería y logopedia. Se ha procedido a crear los usuarios, permisos (con las indicaciones de los profesionales indicados)
- Se ha creado un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo
- Se ha planificado la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación, aunque aún no se ha realizado.
- Una vez realizada la formación, y superadas la dificultades de coordinación con cocina (es necesario prever las compras según los nuevos menús) se tiene previsto empezar a lo largo del primer trimestre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha avanzado en el proyecto, pero por las dificultades imprevistas (humanas y materiales), han dado lugar a un retraso en su implementación total.

Se tiene lista la parametrización de todas las dietas.

La formación está planificada y se va a realizar en breve plazo

Las encuestas previas están recogidas y valoradas, pero faltan las finales

No se han podido concretar los indicadores que se medirán después del primer trimestre del año

Por estas razones se realiza esta memoria de seguimiento, teniendo prevista la finalización del proyecto en 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios proyectados hubieran necesitado para su puesta en marcha, más personal (enfermería y cocina) y menos rotación del personal existente.

7. OBSERVACIONES.

Se va a intentar planificar una rotación más amplia de las semanas de las que consta cada menú

*** ===== Resumen del proyecto 2019/949 ===== ***

Nº de registro: 0949

Título
MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

IBOR MARCUELLO MONICA, AYALA LOPEZ BEGOÑA, CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA, JAL DOMINGUEZ YOLANDA, NOVA ABADIAS SONIA, PUEYO MOI MARIA ISABEL, BLANCO LAIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Síndromes geriátricos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Partimos de un trabajo manual por tarjetas y una dificultosa coordinación y comunicación con el resto de servicios implicados en la elaboración de los menús. Se cree conveniente realizar una mejora del sistema, procediendo a la revisión, valoración, elección y adaptación de las diferentes dietas, teniendo en cuenta las particulares necesidades de los pacientes atendidos (pacientes geriátricos, pacientes con problemas de dentición, de disfagia, con diferentes patologías, ...entre otras). Se observa la necesidad de contar con una aplicación informática para apoyar el trabajo diario en las unidades de enfermería en la gestión de dietas hospitalarias. Nuestro Hospital va a implementar el programa informático Dietools, como herramienta de trabajo para conseguir una mejora en la gestión específica de dietas del HSCJ.

RESULTADOS ESPERADOS

1- Implementar el programa informático de dietas, como método de trabajo para una buena gestión de las mismas en el HSCJ.
2- Valorar, elegir y adaptar las diferentes dietas al tipo de paciente atendido en el HSCJ
3.- Mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia y en consecuencia, la calidad asistencial

MÉTODO

- Colaboración en la puesta en funcionamiento del programa entre el servicio de informática, cocina, las unidades de enfermería y logopedia.
- Automatización en la petición de las dietas.
- A nivel Informático:
Creación de usuarios, permisos, agendas, menús (con las indicaciones de los profesionales indicados)
Posibilidad de conectarlo con otras aplicaciones (Independencia de Bases de Datos, Integración con HIS)
Exportación de todos los listados e informes a Excel
Creación de un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo
- Apoyo en la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación. (por el servicio de Informática)
- Elección de una dieta basal equilibrada, acorde con las especiales características del paciente atendido en nuestro centro.
- Definición y desarrollo de las dietas terapéuticas necesarias para dichos pacientes, unificando criterios entre los miembros del equipo multidisciplinar.

INDICADORES

1- Aumento en la seguridad del paciente: El número de errores en la petición de dietas solicitadas en un año será menor a un 5%.
2- Más de un 80% del personal involucrado (Médicos, enfermería, tcae) asiste a las sesiones de formación para conocer y manejar el aplicativo. (Implicación del Servicio informática)
3- Aumento en un 20% en la satisfacción de los pacientes al alta hospitalaria con respecto a los meses previos a la implantación del programa y las nuevas dietas, mediante las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes.

DURACIÓN

Primer trimestre 2019: revisión, valoración y elección de menús.
Segundo trimestre 2019: adaptación de las dietas terapéuticas e inserción en la aplicación informática.
Segundo y Tercer trimestre 2019: Formación de los profesionales implicados.
Tercer-Cuarto trimestre 2019: Comienzo en el uso del programa informático

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0293

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ FORNIES ANA
DOZ SAURA NIEVES
QUILEZ PINA RAQUEL
MARTINEZ MALO INMACULADA
OTAL PUEYO ELENA
GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE
ZAMORA SIERRA VANESKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En el primer trimestre de 2019 se realizó una guía de consejos, indicaciones y contraindicaciones para realizar las actividades de la vida diaria sin riesgo para el paciente que ha sufrido una intervención de fractura de cadera y que acude a Hospital de día de Geriatría para continuar tratamiento. La guía se basó en una revisión bibliográfica previa y en la experiencia profesional propia
- Médico y enfermería de Hospital de día realizan seguimiento de la intervención quirúrgica, incluyendo la retirada de grapas, curas de herida...
- Se realizó un plan de entrenamiento a pacientes en la realización de las actividades de la vida diaria, evitando gestos contraindicados, asesorando ayudas técnicas y enseñando ejercicios indicados para la recuperación funcional tras la intervención quirúrgica.
-Se asesoro a las familias, entregando la guía de recuperación funcional de cadera, se recomendó adaptaciones para el entorno y se aconsejó ayudas técnicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó una hoja excell para el registro específico de datos de pacientes de hospital de día con patología de cadera. Se han registrado 29 pacientes durante el 2019.
% pacientes que acuden a hospital de día y aprenden las AVD (se considera que han aprendido las AVD cuando son capaces de calzarse de forma autónoma):
27 /29 = 93 %
% de cuidadores /familiares /usuarios a los que se les ofrece la guía, con la explicación pertinente y la aceptan: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de pacientes que ha sido capaz de aprender AVD de extremidad inferior tras la fractura de cadera, con el plan de entrenamiento en el propio hospital de día y la guía de recomendaciones para su domicilio, ha sido muy elevado. No tenemos datos de años anteriores, antes de realizar la guía, por lo que no podemos conocer con exactitud la diferencia en cuanto a los resultados.
Las familias / cuidadores de los usuarios aceptan la guía, pero mejoraría los resultados si acudieran a sesiones de entrenamiento de forma conjunta con el paciente.
Como área de mejora, se plantea hacer una pregunta / encuesta cuando acuden a la consulta del geriatra, acerca de la utilidad que les ha supuesto la guía de recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/293 ===== ***

Nº de registro: 0293

Título
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Autores:
SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA, LOPEZ FORNIES ANA, DOZ SAURA NIEVES, QUILEZ PINA RAQUEL, MARTINEZ MALO INMACULADA, OTAL PUEYO ELENA, GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE, ZAMORA SIERRA MARIA VANESKA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0293

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍAS DE CADERA
Línea Estratégica . : Seguridad clínica
Tipo de Objetivos . : Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque :
Otro Enfoque :

PROBLEMA

El equipo de trabajo del Hospital de Día de Geriatria (HDG) atiende a pacientes para la recuperación funcional. La patología en la que se centra nuestro trabajo es la rehabilitación funcional tras la intervención de cadera. Estos pacientes provienen fundamentalmente de hospitalización de Geriatria y de la Unidad de Valoración Socio Sanitaria (UVSS) ubicada en el Hospital San Jorge (Servicio de Traumatología), otros provienen de Atención Primaria previamente valorados en nuestra consulta de valoración. En el Hospital de Día de Geriatria se realiza una valoración Geriátrica integral (VGI) donde se valora la capacidad funcional y actividades de la vida diaria (AVD) que realiza cada paciente y a partir de ella se dirigen los objetivos a trabajar con ese paciente. Esta patología es cada vez más frecuente y una de las que genera más dependencia tras una intervención quirúrgica. Algunos movimientos que se realizan en las A.V.D pueden estar contraindicados tras una intervención de cadera, un entrenamiento específico sobre cómo debe de realizar las AVD, facilita la autonomía a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:
Mejorar la recuperación funcional de los pacientes con patología de cadera.
Objetivos específicos:

- Informar a usuarios y entrenarlos en las AVD para evitar movimientos que ponen en riesgo la prótesis.
- Informar a familiares la técnica para realizar las AVD a los usuarios de forma funcional

MÉTODO

- Diseño de una guía de ejercicios, indicaciones y contraindicaciones.
- Seguimiento médico y de enfermería tras la intervención quirúrgica.
- Entrenamiento a pacientes en A.V.D de forma segura evitando contraindicaciones.
- Información a familiares de indicaciones y contraindicaciones en la realización de A.V.D
- Asesorar a familiares en la adaptación del entorno y recomendación de ayudas técnicas.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes que acuden a H.D.G con patología de cadera y aprenden el manejo de las A.V.D.
2. Elaboración y diseño de la guía para la recuperación funcional tras ser intervenido de fractura de cadera
3. Porcentaje de cuidadores/ familia/usuarios que se les ofrece la guía con patología de cadera.
4. Porcentaje de familias que aprenden junto con los pacientes actividades indicadas y contraindicadas

DURACIÓN

- Abril- Mayo Creación de guía para la recuperación funcional tras la intervención de cadera
- Enero-Diciembre creación de un registro de los datos necesarios para la elaboración de indicadores.
- Mayo -Diciembre Puesta en práctica de la guía.
- Diciembre Evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE AURORA CALVO PARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ GRACIA SIMEON
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
ESCARIO MUR MARIA PILAR
MONGE OTAL SILVIA
TRILLO CAMPO MARTA
LANASPA BENITEZ ROCIO
GAVIN CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas que indican una elevada satisfacción de la población diana: la propia adherencia al Programa de las usuarias, las opiniones de los profesionales sanitarios e incluso la repercusión en medios de comunicación y otros foros.

En 2019 se ha pretendido medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las Comunidad Autónoma, aunque el programa tiene unidades de coordinación en el ámbito de la provincia y los resultados se analizan en este ámbito.

Febrero-abril 2019, consulta y búsqueda bibliográfica de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico y se elabora un diseño de borrador consensuado por las responsables de las tres provincias.

Mayo de 2019, reunión de equipo de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, diseñar un formato único, y concretar la metodología. Se invita a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para recoger sugerencias de mejora en áreas no exploradas.

Junio 2019, reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias (auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa), para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias

Septiembre 2019, se diseña una urna, precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: "Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa. Cumplimenta la encuesta. Gracias por colaborar".

Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en unidades de cribado mamográfico

Diciembre: recogida de las encuestas (Técnicos especialistas en radiodiagnóstico en la Unidad Móvil), registro en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativo), y evaluación final por parte de la responsable del programa.

Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Huesca se han realizado 95 encuestas en las Unidades Móvil (zonas de Salud de Ayerbe y Barbastro) y fija (Hospital Sagrado Corazón de Jesús, zona de salud Sto Grial).

ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:

El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 92,6 % (ninguna respuesta negativa, el resto hasta 100% en blanco)

En caso de contactar por teléfono: el 17,9 % tuvo que hacer más de un intento para contactar. Es importante que 3 % no pudieron contactar telefónicamente

El correo electrónico: Un 8,4 % afirman haberlo utilizado y opinan que se contestó rápidamente

RESPECTO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:

99 % con mucha amabilidad o correcto, 87 % mucha amabilidad, y el 12 % correcto

CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente.

El 31 % muy cómodo

el 61,4 % bastante cómodo, 7,6 % poco cómodo (todas se refieren a la unidad móvil)

DEMORA RESULTADOS (Percepción)

63 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados, 6,3% opinan que excesivamente largo

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa satisfechas o muy satisfechas el 100 %, (el 77 % muy satisfechas)

SUGERENCIAS RECOGIDAS EN LA ENCUESTA (pregunta abierta)

- Respetar el orden de llegada, no el listado.

- Enviar las citaciones con más antelación

- Unidad móvil: reforzar el respeto a la intimidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Alta satisfacción global del programa.

Es necesario mejorar la accesibilidad telefónica. Consideramos que es poco deseable que un 3 % de las usuarias no hayan podido acceder telefónicamente. El correo electrónico se empieza a utilizar y es útil para mejorar la accesibilidad.

El respeto y cuidado es valorado positivamente. Sin embargo, este año hemos recibido dos reclamaciones escritas relacionadas con el trato profesional y en la pregunta abierta se ha hecho referencia a mejorar el respeto a la intimidad. Por ello concluimos que hay un área de mejora muy importante que hay que trabajar con el equipo profesional.

La confortabilidad es bien valorada en la Unidad Fija. En la móvil puede haber margen de mejora, a valorar dado lo reducido del espacio.

El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados

La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, favorece la fidelización porque las usuarias saben que se escucha su voz y que preocupa mejorar. La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares ni costosas, pararse a pensar en la organización del trabajo y explorar la opinión de los usuarios, permite hacer cambios en el entorno que mejoran la calidad de la asistencia que se presta.

7. OBSERVACIONES.

En la encuesta se recogen sugerencias que van relacionadas con criterios técnicos en los que la opinión de la usuaria no debe tenerse en cuenta (hacer mamografías anuales, disminuir el dolor...)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/869 ===== ***

Nº de registro: 0869

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Autores:
CALVO PARDO AURORA, LOPEZ GRACIA SIMEON, JARAMILLO GONZALEZ ROSA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, MONGE OTAL SILVIA, TRILLO CAMPO MARTA, LANASPA BENITEZ ROCIO, GAVIN CLAVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Conseguir un alto grado de satisfacción de la mujeres con El Programa de detección precoz del Cáncer de mama es fundamental para mantener altos niveles de participación sucesiva regular, lo que constituye uno de los indicadores básicos de medida de la calidad del propio programa.

La bibliografía señala que el comportamiento de las usuarias puede estar en relación con las experiencias durante el proceso de cribado mamográfico y su grado de satisfacción con el mismo. Marshall ha señalado que casi la mitad de las mujeres que abandonaban los programas señalaban como motivo principal lo que les sucedió durante la realización de la mamografía

En el caso de un programa de detección precoz de cáncer de mama, son varios los motivos que hacen que el estudio de la satisfacción sea incluso más importante que en otras intervenciones sanitarias. Las mujeres que van a hacerse una mamografía de cribado están aparentemente sanas, por lo que no están motivadas a acudir a hacerse la prueba que disminuya una dolencia o cure una patología. Las experiencias negativas que puedan tener durante la misma influyen en la posibilidad de que no acudan a realizarse la mamografía. Además uno de los criterios para implantar un programa de cribado es que la intervención que se realice resulte aceptable por la población a la que va dirigida.

Evaluar, pues, la satisfacción de las mujeres con el programa constituye un paso imprescindible para conocer cómo se pueden mejorar esos niveles de satisfacción y lograr proporcionar un servicio de calidad y con altos niveles de participación.

Referencias indirectas y algún estudio fuera del ámbito de Aragón, muestran como el programa es bien valorado por sus usuarias, siendo la satisfacción alta en casi todas las áreas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Han pasado dos décadas desde que se implementó el programa y tenemos indicios para pensar que se han empeorado algunos aspectos: retraso entre dos vueltas, dificultad en la accesibilidad telefónica e incluso peor información y trato que se dispensa a las usuarias.
La determinación tanto de la satisfacción global como de la relacionada con aspectos concretos de la exploración mamográfica permitirá identificar áreas de mejora y monitorizar la calidad del Programa.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valorar la satisfacción global de las usuarias del Programa de detección precoz del Cáncer de mama en Huesca
- Valorar algunos aspectos concretos como:
 - Accesibilidad telefónica
 - Información que se proporciona
 - Trato recibido
 - Confortabilidad de las instalaciones.
- Detectar áreas de mejora, planificar actividades para mejorar e implementarlas

MÉTODO

Se va a constituir un grupo de mejora formado por los profesionales que participan activamente en las actividades del Programa.

Se elaborará una encuesta de satisfacción, sencilla, visual, en la que se preguntará por los aspectos identificados como prioritarios para conocer el grado de acuerdo de las usuarias con dichos aspectos

Para no hacer tediosa la encuesta, se obviarán otros aspectos que pueden resultar de sumo interés, pero la factibilidad de la solución es menor o no está en las posibilidades del equipo de mejora

Lo ideal sería poder poner una Tablet en cada una de las dos unidades con la encuesta visual y táctil, pero siendo realistas, se planteará algún método más clásico como imprimir la encuesta en octavillas de papel y colocación de una urna en lugar visible pero discreto, fuera de la sala donde se hace la mamografía.

El diseño y la metodología de la encuesta se acordarán en las reuniones del grupo de mejora.

INDICADORES

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas de forma global con el PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias que se muestran satisfechas o muy satisfechas con la facilidad de acceder al contacto (telefónico /mail) con el Programa (estándar >75 %)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la información que se le proporciona del PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con el trato recibido por el personal del PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la confortabilidad de las instalaciones del PPCM (estándar > 95%)

DURACIÓN

- Primer trimestre 2019: diseño y metodología de la encuesta

- Abril / septiembre: aplicación de la encuesta según criterios establecidos previamente

Noviembre /Diciembre: Estudio de resultados de la encuesta. Detección de áreas de mejora. Planificación de acciones para mejorar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesión clínica informativa para los profesionales que participan en el circuito de asistencia del programa: admisión, enfermería de consulta de anestesia, enfermería de acogida quirúrgica, anestesistas del servicio. A todos se les explicó el proyecto (a los que no acudieron a la sesión se les explicó de forma individual) los criterios de inclusión y se envió un pdf resumen para los anestesistas y la consulta de enfermería durante el mes de enero de 2019 antes de la implantación del circuito el 6 de febrero de 2019 tanto en el Hospital San Jorge como en el Hospital de Jaca.
- Se estableció el documento de inclusión en lista de espera quirúrgica como medio de comunicación del tipo de catarata y si cumplía criterios de la nueva valoración preoperatoria. El servicio de oftalmología es el encargado de cumplimentar dicho impreso.
- Una vez iniciado el programa, se han realizado las actividades acordadas (citación únicamente con ECG en la consulta de preanestesia, manejo acordado de anticoagulantes y medicación crónica...) en cada eslabón del mismo en ambos hospitales: San Jorge y Jaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los datos necesarios para el cálculo de los indicadores han sido aportados por el servicio de control de gestión del hospital San Jorge y obtenidos desde el 06/02/2019, día en que se puso en marcha el programa

- Indicador para el objetivo nº 2: Numerador: nº de pacientes identificados en LEQ como no complicados.
Denominador: nº total de pacientes intervenidos de cataratas.

Numerador: Pacientes no complicados: 715
Denominador: Total de IQ de cataratas 761
Resultado del indicador: 93,9%

- Indicadores para el objetivo nº 4:

a) % suspendidos por inadecuada preparación para anestesia tópica
= 6%

Numerador: nº de IQ suspendidas por no estar en condiciones de realizar anestesia tópica.
Denominador: nº total de IQ suspendidas

Numerador: Suspendidos por inadecuada preparación: 0

Denominador: Total de IQ suspendidas: 19
Resultado del indicador: 0%

b) % cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas =60%

Numerador: nº cataratas intervenidas con A. tópica
Denominador: nº total de cataratas intervenidas
Numerador: cataratas con tópica y nuevo preop 715
Denominador: total de IQ: 761
Resultado del indicador: 93,95%

Hasta la puesta en marcha el 6-2-19 se intervinieron con preop completo antiguo 314 de las que se suspendieron 8

- Aunque no se ha podido evaluar desde un punto de vista económico, la implantación del programa ha mejorado la eficiencia del manejo preoperatorio del paciente y su preparación ya que, si valoramos el tiempo como un factor económico, ha disminuido el dedicado a cada paciente aumentando el número de pacientes que pueden visitarse por este problema de salud en la consulta de preanestesia. También han disminuido las pruebas complementarias solicitadas a cada paciente suprimiendo analíticas y radiografías. Estos cambios no han supuesto un empeoramiento de la preparación del paciente a su llegada a quirófano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Una vez organizado el equipo y teniendo claras las modificaciones a realizar en el antiguo circuito que seguían los pacientes, ha sido fácil poner en marcha el programa. No ha quedado ninguna actividad pendiente de realizar.
- De todas las actividades que planteamos en el equipo, lo más complicado ha sido ajustarlas administrativamente. Modificación del registro del tipo de cataratas en el impreso de derivación a lista de espera quirúrgica y su manejo administrativo
- En cuanto a la continuidad del mismo, una vez está organizado el circuito, la forma de citación y de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

tipificación de la intervención solamente queda continuar aplicándolo de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/10 ===== ***

Nº de registro: 0010

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Autores:
NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La valoración del paciente con cataratas para cirugía se lleva a cabo con: visita preoperatoria y pruebas complementarias(Rx.Torax, ECG, analítica general y estudio de coagulación) igual que para otro tipo de cirugía más grave y compleja.
Vamos a definir, de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, cuales son susceptibles de evitarnos una parte importante del preoperatorio sin incrementar riesgos para paciente ni facultativos.
Los pacientes se van a dividir en dos grupos, según decisión de oftalmología, en aquellos que según las características de la catarata sean susceptibles de realizarse con anestesia tópica o locorregional.
En caso de tópica se realizará: ECG y visita preanestésica; no suspensión del tratamiento anticoagulante/antiagregante
En caso de locorregional: ECG, Rx. Torax, analítica completa y visita preanestésica.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos reducir el gasto (menos radiografías, analítica general, estudio de coagulación) y el tiempo de consulta preanestésica
La población diana son todos aquellos pacientes que deben de ser intervenidos de cataratas; una vez detectados los pacientes susceptibles de la anestesia tópica incluirlos en un circuito específico, y a los de anestesia locorregional seguir con el circuito habitual.
En el proyecto estarán involucrados: oftalmología, anestesia y reanimación, enfermería de consultas y quirófano, admisión-LEQ

MÉTODO
Información a todos los miembros de los servicios de Oftalmología, Anestesia y Reanimación, Enfermería de consulta y enfermería de quirofanos, y admisión-LEQ.
Oftalmología una vez indicada la intervención quirúrgica y la posible técnica anestésica, comunicará a admisión-LEQ para que lo registren con la modalidad anestésica elegida y se cite para la visita preanestésica; anestesia hará su valoración y dará el visto bueno para que se cite para la intervención quirúrgica

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de cataratas con anestesia tópica y con la nueva valoración preoperatoria contra el total de pacientes que precisan cirugía de cataratas.
% cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas = o > 60%
Porcentaje de suspensión de pacientes con preoperatorio correcto y que se suspenden por causas ajenas a anestesia (situaciones no previsibles)
% pacientes suspendidos/total de pacientes = o < 6%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Final de Enero reunión de los implicados en la puesta en marcha del proyecto: oftalmología, anestesia-reanimación, enfermería y admisión-LEQ. Llegar al acuerdo de: modo de realizar el circuito, información a admisión-LEQ y llegada a preanestesia.

Primera quincena de febrero puesta en marcha del proyecto, a nivel práctico, entre consulta de oftamología y consulta de preanestesia.

Segunda quincena de marzo, nueva reunión de los servicios implicados y reevaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTIÓN DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARI CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
3.- Se ha llevado el seguimiento al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
4.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
5.- Una vez introducidas las moléculas el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de variación de número de pacientes tratados con biosimilares:=>50% -----179%
% de variación del consumo de biosimilares:=>50%-----292%
Nº de pacientes nuevos con EII con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de
EII:=>90%-----
-----100%
Nº de pacientes nuevos con AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de
AR:=>20%-----
-----75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para obtener estos resultados tan altos el equipo ha tenido que coordinarse de manera especial, sobretodo informando y formando a los prescriptores de los fármacos biosimilares con el apoyo de la Dirección del Hospital y estando muy atentos a cualquier desviación que se pudiera producir. Para ello se creo una hoja excell de seguimiento mensual. Este tipo de proyectos requieren un gran esfuerzo para su implementación y un seguimiento continuo que tendrá que seguir aunque se de por finalizado dicho proyecto de gestión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTIÓN DE BIOSIMILARES

PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES

INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018

% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos	2,5%	
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos.		10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17	50%	
% de variación de consumo de biosimilares 18/17	50%	
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.	20%	
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII	90%	
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital	Si	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTIÓN DE BIOSIMILARES

DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

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 - 2019/0021

1. TÍTULO

??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELBAILE SARASA ROSARIO
GONZALEZ GARCIA PILAR
RIVERO FERNANDEZ ELENA
SERVETO GALINDO OLGA
MADANI PEREZ JULIA
ANTON QUIROGA JESUS
BONDIA GIMENO ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Inicialmente se constituyó un equipo, formado por miembros de la Comisión de Soporte Vital Intrahospitalario del Hospital San Jorge, para llevar a cabo las actividades del plan de mejora.
- Se han convocado y realizado cuatro talleres de Soporte Vital Instrumental acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón (dos en Octubre 2019 y dos en Noviembre 2019)
- Se diseñó un programa de información a los profesionales del Hospital San Jorge de Huesca sobre la realización de estos cursos, a parte de su publicación en el Portal del Empleado, a través de los siguientes métodos:
 - o Envío de mensajes al correo institucional
 - o Comunicación directa a las Supervisoras de Enfermería
 - o Colocación de Cartelería publicitando los talleres en los Controles de Enfermería
 - o Avisos de la existencia de los talleres en las Sesiones Clínica Generales del Hospital
- Se ha realizado una encuesta a los alumnos de los talleres para averiguar, entre otros ítems, el medio por el que han tenido conocimiento de la existencia de estos talleres
- Se ha realizado una encuesta a una muestra representativa de los trabajadores del hospital (se encuestó a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en el hospital en plantas de hospitalización el día 23 de diciembre, tanto en el turno de mañana, como en el de tarde y en el de noche) para valoración del grado de satisfacción de la información recibida acerca de la existencia de cursos de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón: Se han ocupado el 100% de las plazas ofertadas en los cursos, tanto de los organizados por la Comisión de Formación Continuada (el estándar a alcanzar era > 90%), como los talleres organizados por los miembros del Plan de Mejora a través de la Comisión de Formación Continuada (Estándar > 80%), quedando un número importante de profesionales en lista de espera, que es suficiente para realizar más ediciones de dichos cursos.
- Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón (Estándar > 85%) y conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP (Estándar > 80%): Para la evaluación de ambos indicadores se ha realizado una encuesta a los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital, la encuesta se realizó a una muestra representativa de los trabajadores del hospital (se encuestó a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en el hospital en plantas de hospitalización el día 23 de diciembre, tanto en el turno de mañana, como en el de tarde y en el de noche) para valoración del grado de satisfacción de la información recibida acerca de la existencia de cursos de reanimación cardiopulmonar. Con los resultados obtenidos sabemos que hasta en el 88% de los casos consideran satisfactoria o muy satisfactoria la información recibida, sólo el 12% restante consideran la información recibida como poco satisfactoria, por lo que se han superado los estándares de ambos indicadores.
- Con los datos obtenidos en las encuestas realizadas al finalizar los talleres de RCP hemos observado que el 20% de los alumnos se han enterado de la existencia de estos talleres sólo a través del Portal de Empleado. El 86% de los alumnos habían conseguido la información a través de varios métodos: Portal del Empleado, cartelería colocada en los Controles de Enfermería, y por comunicación directa de otros compañeros. El 35 % de los alumnos se enteraron por medios distintos al Portal del Empleado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de cursos o talleres de reanimación cardiopulmonar, ya sea básica, instrumental o avanzada, es una de las actividades más demandadas por los profesionales sanitarios que trabajan en un hospital. Los cursos se deberían de impartir con la periodicidad suficiente como para poder abarcar a todo el personal sanitario que esté interesado en realizarlos.
Con la realización de este plan de calidad se ha mejorado la difusión de los cursos de reanimación cardiopulmonar, haciendo la información más accesible a los profesionales sanitarios del Hospital San Jorge.
Sería recomendable en el año 2020 realizar nuevas ediciones de los talleres de Soporte Vital Instrumental.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

1. TÍTULO

??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/21 ===== ***

Nº de registro: 0021

Título
IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Autores:
PELAY CACHO RAQUEL, ELBAILE SARASA ROSARIO, GONZALEZ GARCIA PILAR, RIVERO FERNANDEZ ELENA, SERVETO GALINDO OLGA, MADANI PEREZ JULIA, ANTON QUIROGA JESUS, BONDIA GIMENO ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población sana, trabajadores del Hospital San Jorge
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la información y accesibilidad a cursos de RCP y talleres de actualización de RCP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria tiene una incidencia de entre el 0,4 y el 2% de los pacientes ingresados; se estima que en España, extrapolando datos de nuestro entorno, se producen unas 18000 PCR al año, siendo, por lo tanto, un importante problema de Salud Pública.

La supervivencia es sólo de 1 de cada 5 pacientes, y de éstos pacientes supervivientes hasta un 30% presentarán secuelas neurológicas graves con lesión cerebral permanente. La mayoría de los casos que sobreviven son pacientes ingresados en Unidades de Críticos, mientras que la supervivencia de las PCR que ocurren fuera de estas áreas de hospitalización es de 1 cada 6 pacientes, siendo en estas zonas donde se producen la mitad de las PCR del hospital.

Existe la evidencia de que se pueden mejorar los datos de supervivencia y disminuir las secuelas tras una PCR, si se mejora la respuesta asistencial, mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. En el año 2005, Perales y col. publicaron las recomendaciones para obtener estos objetivos, entre las que se incluye que "el personal del Hospital debe estar entrenado y reciclado en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad", para lo cual se debe establecer un programa de formación continua y periódica tanto del personal sanitario como no sanitario en técnicas de RCP. La docencia y cursos de reciclaje deben estar programados y difundidos, para que todo el personal tenga acceso a ellos.

La formación en RCP del personal que trabaja en un hospital tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad de la PCR, lo cual depende de la calidad y rapidez con la que se realiza la RCP. Por ello deben garantizarse cursos anuales de RCP, talleres de actualización y simulacros de PCR. Distintos estudios han demostrado que la realización de cursos de soporte vital instrumental conlleva una reducción del número de PCR y un aumento del número de avisos de situaciones preparada. La información sobre la existencia de estos cursos debe ser ampliamente distribuida, de manera que llegue al mayor número posible de trabajadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la difusión de los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón.
Realización periódica de talleres de actualización de RCP para el personal del Hospital San Jorge.

MÉTODO
Elaborar un plan de divulgación de la realización de cursos y talleres de formación de RCP, aparte de lo publicado en el Portal del Empleo, mediante la colocación de cartelera en puntos visibles del Hospital, despachos, controles de enfermería, así como con avisos en las Sesiones Generales, con la anticipación suficiente para facilitar la inscripción a dichos cursos.

INDICADORES
1- Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón
Dimensión: Satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

1. TÍTULO

??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Fórmula: N° de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de cursos de RCPx100/N° trabajadores del hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 85%

2 Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: N° de trabajadores asistentes a los cursos de RCPx100/N° plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Base de datos de cursos del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 90%

3- Conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: N° de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de talleres de actualización de RCPx100/N° trabajadores del hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 80%

4- Ocupación de las plazas ofertadas en los talleres de actualización de RCP
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: N° de trabajadores asistentes a los talleres de actualización de RCPx100/N° plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Base de datos de cursos del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 80%

DURACIÓN

Se realizará a lo largo del año 2019, una vez estén publicados los cursos de RCP acreditados en el Portal del Empleado y difundidos los talleres de actualización de RCP. Los resultados se evaluarán al finalizar el 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 :

*** ===== **