

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

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

Número de memorias: 6 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:11:05 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	F	30/01/2020	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	AP	DAP BARBASTRO	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2019_0006	S1	14/01/2020	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
BA	AP	DAP BARBASTRO	MONCLUS MURO ANA TERESA	2019_0016	S1	27/01/2020	GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ROBRES GUILLEN PILAR	2019_0013	S1	26/02/2020	MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	NASARRE GER ANA	2018_0053	F	20/01/2020	UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S2	30/01/2020	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
COSCOJUELA QUIROGA ANA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BLASCO OLIETE MELITON
AURED DE LA SERNA ISABEL
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incluido en cartera de servicios de AP.
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria.
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo.
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros, así como la creación de agendas específicas (12 EAP cuentas con consulta monográfica).
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más.
- Extracción de los datos de la web de Isomed, análisis de resultados y obtención de indicadores de derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Todos los Equipos de AP del sector han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha. Nos planteamos un objetivo al inicio del proyecto de >90%.
- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo solicitados desde atención primaria que son derivados a digestivo en el año: 0% (se ha revisado una muestra de 30 en las interconsultas de OMI).
- En el año 2019, el 75,1% de los tests se ha solicitado desde Atención Primaria (1073/1428). Se ha superado con creces el objetivo que nos planteamos de superar el 50%.
- % de tests positivos solicitados desde AP: 32,2% (346/1073).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto está finalizado, se han conseguidos todos los objetivos que se plantearon al inicio del mismo. La coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio ha sido muy buena.
- Los profesionales han incorporado estas actividades a su práctica diaria estas actividades, y actualmente funciona de manera correcta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/106 ===== ***

Nº de registro: 0106

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Infradiagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnóstica (Test del Aliento) por parte de los M.F. En AP de nuestro sector no se realiza el Test del *Helicobacter* en AP. Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P. Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnóstico, la comunicación de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados, la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicación tras el tratamiento. El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnóstica y desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y características de cada EAP.
- Creación de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

MÉTODO

1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapéutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
3.- Adecuación del procedimiento informático. Modulab va a actuar como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de *Helicobacter Pylori*, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
3.-

INDICADORES

-- Nº total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / nº de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo periodo X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
-- Nº de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
-- Nº de test positivos durante 2018 / nº de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
-- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
A desarrollar SQL (DGA)

DURACIÓN

Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE
YUSTE ARA ALFREDO
CHARLEZ ARROYOS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en la comisión técnico asistencial del 14 de noviembre de 2019 del Sector y se resuelven las cuestiones, dudas, etc de los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP.

En marzo 2019, se hace la primera extracción de datos de los pacientes con prescripciones activas de antidiabéticos no insulínicos:

- BDU: características o variables sociodemográficas (CIAS, EAP, edad y sexo).
- Módulo de historia farmacoterapéutica electrónica: código principio activo, nombre principio activo, fecha inicio tratamiento, fecha fin tratamiento, dosis, posología, código nacional, nombre comercial del medicamento, código CIAP y diagnóstico asociado a cada tratamiento.
- Nomenclator: DDD principio activo, dosis, unidad dosis, unidades por envase.
- Cuadro de mandos de Farmacia y OMI AP: filtrado glomerular de los últimos doce meses (marzo 2018 - febrero 2019), fecha, valor filtrado glomerular, unidades, y casilla vacía en aquellos pacientes que no dispongan del dato (fecha y/o valor).

Barbastro: Se obtienen datos de 6281 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1361 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Modulab®. Finalmente quedan 623 pacientes que no tienen el dato ni en OMI ni en HCE.

En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 623 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

Debido a las dificultades para obtener los datos, y el tiempo transcurrido desde la primera extracción, en enero 2020 se realiza una nueva extracción global para actualizar los datos y hacer el corte definitivo con datos del año 2019 completo.

Los pacientes de los que no dispongamos los datos tal y como se reflejan en el proyecto, serán excluidos del estudio.

En octubre de 2019, se diseñó el formato con la propuesta de modificación de tratamiento de los pacientes por cupo, en los que sería recomendable sustituir algún fármaco por contraindicación, reducir la dosis o ampliar el intervalo entre dosis. También se selección la bibliografía con la que se ha trabajado para ofrecer esta propuesta de modificación de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto continúa en 2020. No disponemos de los datos definitivos. Pendiente de la segunda vuelta y de la valoración de la aceptación de las recomendaciones ya emitidas.

Primera vuelta:

- El 17% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses
- El 10% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.
- El 32% presentan inadecuación de dosis o contraindicación. De estos, el 18% tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El trabajo se ha llevado a cabo conjuntamente entre los Sectores de Alcañiz y Barbastro, resultando clave para abordar los retos, problemas, etc que se han planteado en cada lugar y pudiendo ofrecer la solución más adecuada.
- Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/6 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Nº de registro: 0006

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO)

Autores:
BUISAN GIRAL MARIA JOSE, DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados. La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedicación. La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada. Los aspectos a considerar son:
-Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.
-Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR). Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en atención primaria cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...). Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del sector Barbastro
? Promover la correcta dosificación en pacientes con IR.
Objetivo secundario
? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos del sector. La FAP realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR.
El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

INDICADORES

Fuente datos: receta electrónica.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

inadecuación de dosis o contraindicación.

Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o contraindicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

DURACIÓN

Enero - diciembre 2019.

Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.

Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.

Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.

Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.

Evaluación final: noviembre-diciembre.

Responsable: FAP de Barbastro.

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 - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ANA TERESA MONCLUS MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ENRIQUE CONCEPCION
ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR
BERNUES SANZ GUILLERMO
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR
FORNIES LACOSTA PILAR
VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL
NOGUERO CARRERA ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Analizada la terminología que envuelve el objeto del Proyecto, éste pasa a llamarse Gestión de la Demanda Inmediata (GDI) en Atención Primaria.
Se han realizado un total de siete reuniones presenciales de 2h de duración, según consta en las actas. En las últimas dos reuniones se han incorporado los dos EIR de EFyC adscritos al Sector y las tres enfermeras referentes de las consultas de GDI de Barbastro, Monzón Urbano y Fraga.
Se han mantenido dos reuniones con la responsable del grupo administrativo de Atención Primaria (AP) del Sector y con las responsables de admisión de los centros de salud con consulta de GDI.
Se ha elaborado un borrador de Procedimiento Operativo para la consulta de Gestión de la Demanda Inmediata (GDI) que incluye por el momento siete protocolos de actuación: Heridas, Quemaduras, Picaduras, Afta oral, Paroniquia aguda, Síndrome miccional, Diarrea.
Se ha implantado la Consulta de GDI en los centros de salud con mayor demora y demanda asistencial: Barbastro (marzo 2019), Fraga y Monzón Urbano (octubre 2019).
Los componentes del equipo de mejora, los EIR y las tres enfermeras referentes de las consultas de GDI, mantienen comunicación y trabajo continuo mediante un grupo de Whatsapp, correo institucional y GoogleDrive.
Este Proyecto y las actividades llevadas a cabo en el mismo, fueron presentados en las XVII Jornadas de Trabajo sobre calidad en salud y XV Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial celebradas en Teruel durante los días 19 y 20 de junio de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido un protocolo de atención para la gestión de la demanda: si
Se ha implantado la consulta de la GDI: Si, en Barbastro, Monzón y Fraga.
Se ha realizado la formación pertinente: Solicitada la formación en la encuesta previa al Plan de Formación del SALUD 2020. Se ha expuesto el circuito para la GDI, así como los avances en el proyecto durante las Comisiones Técnico Asistenciales (CTA) del Sector. Se han llevado a cabo sesiones clínicas informativas en los centros que así lo han solicitado.
Se está trabajando en la modificación del protocolo de OMI-AP "Gestión de la demanda por enfermería", para ser extensivo a todo el circuito de GDI.
En todo el año 2019 las enfermeras de GDI han atendido 7812 consultas. Fuente de datos: OMI-AP.
nº de pacientes cuya solicitud de demanda inmediata en horario ordinario es solucionada/resuelto por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario y que son valorados por enfermería x 100: Muestreo aleatorio de 50 consultas atendidas en horario ordinario en los 3 centros de salud en los que ya está completamente implantada, de las cuales, el 58% fueron resueltas por enfermería (estándar marcado: 20%). Fuente de datos: OMI-AP.
En 2019, el centro de salud de Barbastro objetivó un descenso en los días de demora para ser atendido por su médico de Atención Primaria. Datos no valorables todavía para los centros de salud de Monzón Urbano y Fraga.
Fuente: SIAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De forma tácita, se puede afirmar que la satisfacción general de los profesionales con la consulta de la GDI es alta. Pendiente realizar encuesta dirigida a profesionales y usuarios.
Es indispensable la formación en atención de enfermería a los procesos banales y autolimitados. Pendiente incluir en el plan de Formación del SALUD.
Queda pendiente la incorporación de nuevos protocolos en el Procedimiento Operativo, así como su aprobación definitiva.
Queda pendiente la implantación de la consulta de GDI en otros centros de salud.
Se prevé la implantación de un circuito para la GDI en horario de atención continuada.
El trabajo realizado por el grupo que integra este proyecto podría ser trasladado como una oportunidad de mejora para otros sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/16 ===== ***

Nº de registro: 0016

Título
GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MONCLUS MURO ANA TERESA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR, BERNUES SANZ GUILLERMO, COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR, FORNIES LACOSTA PILAR, VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL, NOGUERO CARRERA ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La última encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud de Aragón, muestra como los indicadores más desfavorables respecto a Atención Primaria (AP) del Sector Barbastro son los relacionados con la facilidad para conseguir cita, la posibilidad de escoger día y hora y el tiempo de espera. Por otro lado, cada vez es más palpable la autopercepción de ayuda inmediata para solucionar los problemas de salud sin discriminación del carácter urgente de esta necesidad; este hecho aboca, entre las consecuencias, en una mayor presión sobre los profesionales.

Otro hecho a tener en cuenta es que hoy en día la práctica totalidad de la demanda se encauza a la consulta médica.

La revisión sistemática llevada a cabo por Mármol-López, muestra evidencias de cómo las enfermeras de AP son los profesionales referentes que deben liderar las intervenciones durante todos los procesos de la vida del paciente y su familia, promoviendo la autonomía necesaria para una gestión adecuada de sus necesidades de autocuidado y de su enfermedad.

AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, y atendiendo a la cartera de servicios, se hace necesario un análisis del actual rol de enfermería, en el que la gestión de la demanda indmemorable sea un pilar esencial. La participación activa de todos los profesionales del EAP en este proyecto, resulta imprescindible para asegurar una atención sanitaria en el nivel correcto para el problema de salud presentado.

La aplicación de la gestión de la demanda ha demostrado presentar una alta resolución de las necesidades de los usuarios, aportando, a su vez, un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar estrategias que permitan una atención integral al paciente, la familia y la comunidad, elaborando un sistema de flujo de la demanda que garantice la calidad asistencial.
2. Diseñar e implementar un protocolo para la gestión de la demanda asistencial en atención primaria.
3. Visibilizar la competencia de la enfermera familiar y comunitaria en la resolución de la demanda espontánea.
4. Aumentar la satisfacción del paciente en relación a la accesibilidad asistencial.

MÉTODO

Se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos y enfermeros de AP con desarrollo profesional en atención ordinaria(AO) y continuada(AC) que desarrollan su actividad en centros de difícil cobertura y/o alta presión asistencial.

Se realizarán reuniones presenciales mensuales, y trabajo activo mediante el uso de herramientas electrónicas.

Se tendrá en cuenta la bibliografía reciente y otros procedimientos desarrollados en otros servicios de salud.

Se crearán nuevos registros en OMI-AP que permitan dar respuesta a los indicadores.

Se diseñarán encuestas de satisfacción destinadas a pacientes y profesionales implicados en la atención.

Finalizado el protocolo, se realizará en cada EAP seleccionado, las actividades formativas pertinentes.

Se evaluarán los resultados mediante los indicadores pertinentes (explotados a partir de OMI-AP y SIAP) y encuestas de satisfacción a trabajadores y usuarios.

INDICADORES

1.- Se ha establecido un protocolo de atención para gestión de la demanda

Estándar: Si/NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

2.- nº de centros de salud en los que se han impartido sesiones clínicas para la implementación del protocolo
Estándar: > 5/15

3.- nº centros en los que se ha implementado el protocolo/nº de centros que han recibido formación para la implantación del protocolo X 100
Estándar: >80%

4.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería/nº pacientes que acuden a urgencias en horario de AC x 100
Estándar: 70-80%

5.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC y cuyo problema es resultado por enfermería/ nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería
Estándar: 20-30%

6.- nº de pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario valorados por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario x 100
Estándar: 70-80%

7.- nº de pacientes cuya solicitud de demanda inmediata en horario ordinario es solucionada por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario y que son valorados por enfermería x 100
Estándar: 20-30%

8.- Porcentaje de pacientes con alto grado de satisfacción en relación a la demanda asistencial.
Estándar: 80%

9.- Porcentaje de profesionales implicados en el proyecto con alto grado de satisfacción en relación a la gestión de la demanda asistencial.
Estándar: 80%

DURACIÓN

Cronograma general:

- ene-abr: constitución del grupo. Reparto tareas. Desarrollo del protocolo.
- may-jun: formación e implementación del protocolo (1ª fase)
- jul: elaboración de las encuestas de satisfacción
- sep-dic: análisis y difusión de resultados
- 2020 (2ª fase)

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 - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR ROBRES GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREIRA BOAN JAVIER
CATENA LACOMA MARIA JOSE
COSTA CATALAN PALOMA
LOPEZ SANCHEZ BELEN
GALINDO SERRANO IZARBE
MORERA TARDOS MARIA PILAR
GARCIA MINGUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Grupo de trabajo creado
- Sesión con normas y recomendaciones en Comisión Técnico Asistencial de Atención Primaria (coordinadores médicos y de enfermería de todos los Equipos de Atención Primaria y dirección)
- Búsqueda bibliográfica de normas y recomendaciones de recogida, almacenaje y transporte de muestras. El manual de recogida y transporte de muestras para microbiología todavía está en borrador, no se ha podido finalizar el mismo
- Se ha diseñado una extracción en el programa modulab del laboratorio para contabilizar y hacer el seguimiento de incidencias en las muestras enviadas desde atención primaria. Se han realizado 2 análisis y se han detectado las principales incidencias y su registro. Aunque nos cuesta diferenciar las incidencias en las muestras y en los contenedores, además creemos que existe un infraregistro.
- Se ha elaborado una encuesta para los centros de salud de Atención Primaria para comprobar el estado actual en relación a la recogida, almacenaje y transporte en los Centros de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El Manual no ha podido finalizarse, aunque está en fase de borrador.
- Encuesta diseñada, se ha enviado a las coordinadoras de enfermería de los EAP y estamos a la espera de alguna contestación (hasta la fecha tenemos la respuesta de 6 centros). Esta semana se va a volver a solicitar.
- Diseño de extracción de datos de incidencias del programa Modulab: 861 muestras con "motivos de rechazo" de las remitidas desde Atención Primaria en el año 2019 (91 por muestra no recibida).
- 517 incidencias de contenedores que provienen de Atención Primaria en el año 2019 (Falta muestra 280; Error registro 114; Mal recogido 18).
- Total muestras en 2019: 33868.
- Total muestras en 2019 de Atención Primaria: 18559.
- % muestras de AP en 2019: 18559/33868=54,8%.
- % muestras con rechazo de AP: 861/18559=4,6%.
- Total contenedores en 2019: 41925.
- Total contenedores en 2019 de Atención Primaria: 24188.
- % muestras de AP en 2019: 24188/41925=57,7%.
- % muestras con incidencias de AP: 517/24188=2,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto no está finalizado, se han conseguido algunos objetivos, pero otros de momento no, por lo que se plantea una continuidad del proyecto para el año 2020.
- Se ha mejorado la coordinación con Atención Primaria y hemos logrado diseñar un sistema de explotación de incidencias de muestras en el laboratorio de Microbiología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/13 ===== ***

Nº de registro: 0013

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:

ROBRES GUILLEN PILAR, PEREIRA BOAN JAVIER, CATENA LACOMA MARIA JOSE, COSTA CATALAN PALOMA, LOPEZ SANCHEZ BELEN, GALINDO SERRANO IZARBE, MORERA TARDOS MARIA PILAR, GARCIA MINGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad del Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas, cuyo diagnóstico depende de la calidad de las muestras clínicas recibidas. Las muestras mal recogidas, conservadas y transportadas de forma inadecuada pueden implicar errores en el diagnóstico y tratamientos inadecuados. La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado, consensuado y disponible para el personal sanitario es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Publicar normas comunes de recogida, almacenaje y transporte de muestras microbiológicas para todos los EAPs (Equipos de Atención Primaria) del Sector
- Optimizar los diagnósticos y hallazgos en el Servicio de Microbiología
- Disminuir los errores y muestras en malas condiciones que llegan al servicio de Microbiología (muestras inadecuadas)
- Mejora de la conservación, almacenaje y transporte de las muestras en los centros de salud
- Mejorar la comunicación entre AP y microbiología, con especial hincapié en las muestras inadecuadas
- Adecuar en la medida de lo posible las neveras de los Centros de Salud y las neveras de transporte

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo
- Publicar Manual de recogida y transporte de muestras para microbiología
- Difundir el manual entre los EAPs del sector, extensible a servicios hospitalarios
- Revisar las condiciones actuales de conservación en los CS y transporte de muestras al hospital; así como el material disponible para toma de muestras en los CS

INDICADORES

- Reuniones del grupo
- Manual publicado
- Sesiones de formación en los CS
- Número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras)
- Número de muestras mal transportadas recibidas tras la difusión del Manual (<2% del total de muestras)

DURACIÓN

Manual aprobado y publicado: Mayo 2019
Sesiones de formación en los CS: Mayo-Junio 2019
Recogida de indicadores y seguimiento: Julio 2019 a diciembre 19
Evaluación indicadores: Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTELLAR OTIN ELENA
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

durante el año 2019 se han realizado consultas de enfermería codificadas con agenda propia durante todo el año. Se han mantenido con actividad continua las agendas de enfermería propias para pacientes con artritis reumatoide y con enfermedad inflamatoria intestinal, ya creadas durante el año 2018. Además, se han administrado tratamientos biológicos todas las semanas de las siguientes especialidades médicas: reumatología, digestivo, endocrino, medicina interna, neurología, dermatología y oftalmología. Se han registrado el número de tratamientos totales administrados en hospital de día médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que además se han registrado en la historia clínica de cada paciente. El año anterior no disponíamos aún del número de toxicidades, pero este año sí se ha podido establecer una comparativa, que ha resultado positiva. Asimismo, también se registran las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control de efectos secundarios, y de las llamadas que han realizado los pacientes para consultar dudas. Los grupos de trabajo creados para el control y seguimiento de la AR y de la EII se han mantenido, y como actividad complementaria el año 2019 se ha propuesto la formación de una subcomisión. Durante el año 2019 se han facilitado encuestas de satisfacción a los usuarios, las cuales han resultado muy positivas; igualmente, se han emitido un alto porcentaje de informes de continuidad de cuidados, para lograr una mejor comunicación entre niveles asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS:

- agenda específica de enfermería creada, y en funcionamiento pleno
- 2 grupos de trabajo (AR y EII): activos
- total de sesiones realizadas: 1.293
- total de pacientes: 452 (75 más que el año anterior)
- valoraciones de adherencia al tratamiento: 95%, la mayoría de forma telefónica
- total reacciones adversas: 14 casos (10 de reumatología, 4 de neurología)

La fuente de obtención de datos es recogida propia mediante bases de datos autónomas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

La creación de una unidad de tratamientos biológicos, ya en 2018, fue un hito importante porque ha permitido un mayor control y seguimiento de dos enfermedades, que tanto por su prevalencia como por su relevancia clínica, han sido habituales focos de preocupación, para personal sanitaria y para los pacientes y sus familiares; estas enfermedades son la artritis reumatoide y las enfermedades inflamatorias intestinales. El hecho de que esta unidad disponga de un organigrama y flujo de acción, junto con un espacio físico definido, y un personal cualificado que lo controla, permite la posible extrapolación de este proyecto a otras patologías crónicas. En el año 2020 se plantea la posibilidad de nuevas acciones de mejora y control de la calidad, tanto para el beneficio de los pacientes como de los profesionales sanitarios que integran esta Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto socio sanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS

los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,

- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada

Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO

Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:

- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica

El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES

INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HGDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
REMACHA GARCIA MARIA JOSE
MATA ORUS MARIA
NAVARRO GIL MARTA
BOSCH ALCOLEA ELISABETH
SESE PIQUER MARIA ANGELES
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) funciona de forma normalizada. El grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico se ha completado para abarcar a todas las profesionales que pueden intervenir en el proceso de atención a los pacientes con una disfunción de suelo pélvico. Integrado por una ginecóloga, una uróloga, una médico rehabilitadora, dos fisioterapeutas, dos matronas de Partos y una matrona de Atención Primaria.
Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.
Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.
Sensibilizar a las matronas de A.P: Se han repartido y explicado los folletos a las matronas, para que colaboren en su divulgación.
Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.
Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.
Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos, 16/Mayo/2019. Elaboración de encuestas para la valoración de los alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%
Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%
Pacientes en tto de SP/año: 148.
Número de sesiones/año: 5188.
Nº partos vaginales/año: 547
Desgarros perineales/año: 38%: 13% corresponden a tipo vaginal, 16% grado I, 7% grado II y 2% grados III - IV.
Episiotomías/año: 24%
Embarazadas en consulta PDP/año2019: 19 pacientes.
Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:
<https://www.survio.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCKfm4E.email> Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:
¿Cómo conociste la existencia de la consulta?
Por un conocido 47,4 %
En el propio Servicio de Rehabilitación 10,5 %
Por medio de la matrona 31,6 %
Por medio del ginecólogo 0 %
Otro (Por favor especifica) 10,5 %
En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.
En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:
"Que dieran más información tanto en la matrona como en las consultas de obstetricia ya que es una consulta que se conoce poco"
"El servicio y la fisioterapeuta están genial, pero considero que debería haber más información desde la matrona y el ginecólogo para conocerlo."
"Mayor difusión o información para conocer la técnica"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y transmisión de la información desde la Atención Primaria. Aunque el porcentaje de pacientes informadas por su matrona ha aumentado, respecto al año anterior, hemos pensado realizar sesiones clínicas personándonos en cada centro de salud, haciéndolas extensivas, no sólo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

las matronas, sino también a los médicos de familia. Aún no ha sido posible realizarlas. La difusión a través de los folletos se hace extensiva a las consultas de tocoginecología, y no sólo en los centros de salud. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan. Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico. El número de pacientes con disfunciones de suelo pélvico tratados en la consulta ha pasado de 28 en el año 2018 a 148 en el 2019, llegando a realizar 5188 sesiones de tratamiento. También valoración positiva de los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar. Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.

7. OBSERVACIONES.

Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatactomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc). Para este fin, se plantea la posibilidad de incluir a una peditra en la Unidad multidisciplinar.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/57 ===== ***

Nº de registro: 0057

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CASUÍSTICA:
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad. Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

MÉTODO

ACTIVIDADES

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar

".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

".Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"

Sala de tratamiento individualizado .

Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Realización de curso por personal multidisciplinar

"preparación perineal preparto": SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes, administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y púérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

DURACIÓN

Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **