

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS ENFERMERIA	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	2016_0736	F	10/01/2018	TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	S1	15/01/2018	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	REGLA MARIN RAQUEL	2016_1738	S1	30/12/2017	VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	29/01/2019	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	22/12/2017	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MALO GRACIA MARIA ELENA	2016_1279	F	22/12/2017	REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE LOURDES	2016_1348	F	26/12/2017	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE
HU	AP	CS BERDUN	GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN	2016_0028	F	27/12/2017	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2016_1246	F	27/12/2017	VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	ASCASO CASTAN MARIA LOURDES	2016_1248	S1	20/12/2017	CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	29/01/2019	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	21/12/2017	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOBE PELLICER MARIA ANGELES	2016_1201	F	27/12/2017	MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	30/12/2017	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	15/03/2019	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS GRAÑEN	CABELLUD LASIERRA MIRIAM	2016_1275	F	13/12/2017	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS GRAÑEN	GAVIN ANGLADA NATIVIDAD	2016_1275	F	11/03/2019	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	07/02/2019	RREALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	25/01/2018	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	ZUBIAURRE BASSAS PILAR	2016_1139	S1	23/01/2018	TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS
HU	AP	CS HECHO	CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO	2016_1140	S1	22/01/2018	EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO
HU	AP	CS HECHO	GAVIN BLASCO ISABEL	2016_1140	F	06/02/2019	EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS
HU	AP	CS JACA	MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR	2016_0390	S1	31/12/2017	MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	S1	29/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	F	04/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA TRABAJO SOCIAL	PEREZ TURRAU ELENA	2016_1146	F	18/12/2017	ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO ADMISION Y DOCUMENTACION	SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE	2016_1714	F	25/01/2018	MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GABAS GALLEGU GEMMA	2016_0286	F	21/12/2017	CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							PERPETUO SOCORROHUESCA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2016_1138	S1	22/12/2017	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2016_1138	F	26/02/2019	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA	2016_0077	S1	21/12/2017	CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	S1	09/01/2018	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	F	27/02/2019	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	PEÑA ARENAS MERCEDES	2016_1143	F	16/03/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ LOMBA BEATRIZ	2016_1311	F	15/02/2018	ESCUELA DE SALUD
HU	AP	CS PIRINEOS SALUD BUCODENTAL	SASO BOSQUE MARIA JOSE	2016_1451	S1	21/02/2018	TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABUJ
HU	AP	CS SABIÑANIGO ADMISION Y DOCUMENTACION	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S2	22/02/2019	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	S2	24/12/2018	MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	F	27/12/2017	MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)
HU	AP	CS SABIÑANIGO	LORENTE AZNAR TEOFILLO	2016_0847	F	17/12/2017	MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	S1	21/12/2017	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	F	13/02/2019	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S1	16/12/2017	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SANTO GRIAL	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	F	25/02/2019	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S1	19/12/2017	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S2	20/02/2019	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2016_0840	F	08/02/2018	DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	S1	26/12/2017	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	DOSTE LARRULL DIVINA	2016_0936	S1	28/12/2017	ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2016_1145	S1	27/03/2018	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	CS SARIÑENA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAL BESCOS MARIA JESUS	2016_0739	F	24/01/2018	PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SARIÑENA PEDIATRIA	VERA BELLA CARMEN	2016_0846	F	28/12/2017	REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SARIÑENA PEDIATRIA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	2016_1144	F	19/12/2017	TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA
HU	AP	DAP HUESCA ADMISION Y DOCUMENTACION	CEREZUELA SAMPER CARMEN	2016_1204	S1	25/01/2018	DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2016_1149	S1	25/01/2018	MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1712	F	14/12/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	S1	25/01/2018	MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	F	13/12/2018	MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	ARTERO GUILLEN BELEN	2016_0622	F	10/01/2018	PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	GUERRI LLES YOLANDA	2016_0884	S1	15/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	S1	10/01/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	SARRIA HERREROS SERGIO	2016_1216	S1	26/02/2018	LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	COARASA ALMENARA LORENA	2016_1316	F	11/03/2019	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	CERECEDA SATUE MARIA PILAR	2016_1322	S1	29/12/2017	MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIATRIA	GRACIA BERCERO CONCEPCION	2016_1721	F	04/01/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	SANZ MALUENDA SONIA	2016_0892	F	09/01/2018	CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA	2016_0045	S1	19/12/2017	ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA	2016_0045	F	23/01/2019	ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	S1	26/12/2017	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	F	14/12/2018	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	F	14/12/2018	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	MORLANS GRACIA LUCIA	2016_0235	S1	14/01/2018	VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	DOZ SAURA NIEVES	2016_1128	F	20/12/2017	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2016_1373	S1	13/01/2018	ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	LUESMA CASAÑOLA CARMEN	2016_1621	F	25/01/2018	ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTESDEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD	2016_1635	F	16/02/2018	CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	LOPEZ GRACIA SIMEON	2016_1607	F	25/01/2018	CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	SALGADO GRACIA ANA	2016_0377	F	08/02/2018	PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2016_0601	F	09/02/2018	MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAL LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO
HU	HOSP	H JACA MEDICINA INTERNA	PEREZ LORENZ JUAN BLAS	2016_0638	F	30/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2016_0986	S1	09/02/2018	VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES
HU	HOSP	H JACA PEDIATRIA	AGON BANZO PEDRO JESUS	2016_0266	S1	18/12/2017	PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA RADIODIAGNOSTICO	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2016_1557	F	08/01/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLAU PUENTE JAVIER	2016_1124	F	14/12/2017	REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGOLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2016_1247	F	15/02/2018	PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	F	15/03/2019	DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	F	13/02/2018	PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA	2016_1760	F	13/02/2018	PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONJUNCIÓN
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	MOLINA TRESACO PAOLA	2016_0414	F	22/02/2018	MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	MOLINA TRESACO PAOLA	2016_0414	F	08/02/2019	ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTÉSICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	S1	28/12/2017	TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFÍCIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	F	15/02/2019	IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFÍCIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	ALAMILLO SALAS CLARA	2016_0416	S1	28/12/2017	PREVENCIÓN DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	NAJAR SUBIAS MONICA	2016_0614	S1	31/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2016_1741	F	13/02/2018	ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2016_1063	S1	20/02/2018	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SAUDI MORO SEF	2016_0080	S1	18/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPY™; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON	2016_0101	S1	28/12/2017	OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ZAMBRANA CAMPOS VANESA	2016_1027	S1	19/01/2018	MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2016_0469	S1	26/12/2017	PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2016_0837	F	30/12/2017	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	DEL PRADO SANZ MARIA ELENA	2016_0014	F	21/02/2018	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPÁTICO
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2016_0103	F	30/12/2017	PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2016_0118	F	26/12/2017	IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2016_0205	F	21/12/2017	ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	MONTORO HUGUET MIGUEL	2016_0592	S1	22/02/2018	IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	MONTOIRO ALLUE RAQUEL	2016_1720	S1	02/01/2018	HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION DE GESTION	MONTERO ALONSO GEMMA	2016_1558	F	28/12/2017	CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ALTEMIR TRALLERO JARA	2016_0823	S2	02/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ESTERILIZACION	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2016_0159	F	15/12/2017	TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN	2016_0649	F	29/12/2017	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2016_0650	F	29/12/2017	CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE GERIATRIA	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2016_1708	F	28/12/2017	PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2016_1257	F	12/01/2018	IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2016_1761	F	16/02/2018	PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS	2016_0693	F	19/01/2018	PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LANDER AZCONA MARIA ARANZAZU	2016_1087	S1	13/01/2018	PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2016_0292	S1	23/12/2017	UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	OMISTE SANVICENTE TERESA	2016_0411	S1	23/12/2017	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA	2016_0704	S1	29/12/2017	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	NAVARRO PEREZ CLARA	2016_0704	S2	19/04/2018	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2016_0194	F	27/12/2017	MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0072	F	07/02/2019	MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2016_0072	F	01/02/2018	MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2016_0743	F	31/01/2018	INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS
HU	HOSP	H SAN JORGE	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	S2	08/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA					(PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	F	31/01/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	F	01/02/2018	PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BEIRED VAL INES	2016_0765	F	30/01/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2016_0799	F	25/01/2018	MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEONATOLOGIA	REDOL LABARTA MONTSERRAT	2016_0491	F	21/04/2018	MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUMOLOGIA	CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN	2016_1253	S1	21/02/2018	PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2016_1007	F	30/12/2017	IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2016_1009	S1	30/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CAMPO LEYRE	2016_0042	F	28/12/2017	CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAFALLA BERNAD OLIVIA	2016_0047	F	26/12/2017	CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ ARAGON MONICA	2016_0092	F	30/12/2017	CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	S1	30/12/2017	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	F	01/02/2019	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	S1	30/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	F	12/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	S1	30/12/2017	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	F	06/03/2019	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2016_0089	F	26/12/2017	IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CALVO AGUILAR MARIA JOSE	2016_0027	S1	17/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CONGOST MARIN SOFIA	2016_0031	F	23/01/2018	TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2016_0243	F	12/01/2018	INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2016_0476	S1	15/01/2018	IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE POOL ENFERMERIA	ABADIA EZQUERRA CARLOS	2016_0136	F	15/12/2017	WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	CARCELLER TEJEDOR AMAYA	2016_1280	F	10/02/2018	ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	CAJA BUETAS ROSA MARIA	2016_0278	S2	16/02/2018	PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2016-2017)

Número de memorias: 165 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PSIQUIATRIA					PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	PELEGRIN VALERO CARMELO	2016_0559	F	08/02/2018	PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	LACOMA LATRE EVA MARIA	2016_0226	F	18/12/2017	OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	S1	31/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIAS AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	F	08/03/2019	LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	MORALES BALIEN SANTIAGO	2016_1397	S1	24/01/2018	PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PATOLOGIA MAMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE SUPERVISION DE ENFERMERIA	NAVARRO PEREZ CLARA	2016_0704	F	13/03/2019	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA	2016_0738	S1	12/01/2018	GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MUÑOZ PINTOR MANUEL	2016_0007	F	20/02/2018	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO	2016_1292	F	26/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GUIOTE PARTIDO INGRID	2016_1259	S1	15/12/2017	PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2016_1286	F	13/02/2018	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2016_1291	F	13/02/2018	ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	OT	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2016_1712	S1	25/01/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL LALANA CUENCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
PLANO VIDOSA PILAR
ARTERO GUILLEN BELEN
LANAO MARTIN ADOLFO
ELBOJ SASO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1ª FASE DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2016:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Colaboración con la escuela de artes aplicadas para el diseño del libro
4. Taller de cocina creativa mensual
5. Taller de lectoescritura mensual
6. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
7. Búsqueda activa de financiación.
8. Búsqueda de espacios normalizados donde dar visibilidad al proyecto

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas
Tareas administrativas
Reflexiones/introspección
3. Taller de cocina creativa y fotografía mensual
4. Reuniones con colaboradores externos: Escuela de Arte, medios de comunicación, sector hostelería.
5. MAYO 2017: Presentación del proyecto a la comunidad, realizado en centro socio-cultural

3ª FASE DE JULIO A DICIEMBRE DE 2017:

1. Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
2. Reuniones semanales con colaboradores externos: Escuela de Arte, Gráficas Barbastro
3. JULIO 2017: Se entrega el libro a gráficas para su impresión
4. SEPTIEMBRE: Presentación oficial del libro en el salón de Actos de la Diputación Provincial de Huesca
5. OCTUBRE DE 2017: Presentación del Libro en Pamplona
6. DICIEMBRE DE 2017: Presentación del libro en Barbastro
7. Evaluación final del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grado de cumplimiento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones del equipo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas x 100
Nº de reuniones previstas
Reuniones realizadas: 35
RESULTADO: 100%

EXISTENCIA DEL LIBRO: VALORACIÓN DICOTÓMICA: SI/NO
RESULTADO: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con esta experiencia se pretende trabajar la recuperación de las personas con enfermedad mental con nuevas iniciativas creativas. Uno de los principales objetivos ha sido establecer un taller de escritura-terapia como terapia habitual en el CRP Santo Cristo de los Milagros, método que pretende ayudar a forjar el autoconocimiento de las propias emociones de cada persona, con el fin de que module sus propósitos de vida, reencuentre su norte y se aproxime a un proyecto de vida satisfactorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Objetivos específicos trabajados con los pacientes: la recuperación de habilidades en pacientes con trastorno mental grave a través de las terapias creativas, tales como:

Compromiso con la tarea
Planificación y toma de decisiones
Aumentar la autoestima
Cooperación y trabajo en equipo
Interés por el resultado final de la tarea
Estímulo de los sentidos
Mejorar la calidad de vida
Crecimiento personal

Objetivos en la sociedad: Lucha contra el estigma de la enfermedad mental, dando visibilidad y voz a los pacientes. Ofreciendo a la sociedad el fruto de un trabajo. Todo esto nos aleja de su patología, presentándose ante la sociedad como personas válidas y capaces.

7. OBSERVACIONES.

Aspectos a mejorar: Creemos que la información de las iniciativas de calidad ha llegado con dificultad, respecto a la selección de los proyectos, formar parte del contrato de gestión, plazos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/736 ===== ***

Nº de registro: 0736

Título
TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LANA O MARTIN ADOLFO, PLANO VIDOSA PILAR, MORCILLO GRANADO ISABEL, ARTERO GUILLEN BELEN

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

TEMAS

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

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller de escritura-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA: "edición de un libro de recetas de cocina", desarrollado en este centro en el año 2015. La creatividad y las distintas artes expresivas puede resultar una magnífica terapia rehabilitadora para aquellas personas que sufren un trastorno mental severo y persistente como la esquizofrenia (Atkinson y Wells, 2000). Con este proyecto se ha conseguido establecer un taller de escritura-terapia como terapia habitual en el CRP Santo Cristo de los Milagros. Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida. Tos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, quedó pendiente la edición física del libro por problemas de financiación Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, con un doble objetivo: Materializar la edición del libro Marcar nuevos objetivos de trabajo con los pacientes y hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general:
Facilitar la palabra a las personas que sufren una enfermedad mental y crear espacios de integración real;

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

una integración que implique la construcción de una nueva identidad más allá de la noción de la enfermedad.

Objetivos específicos:

Ser un proyecto concreto y con un resultado objetivo: edición del libro
Crear un espacio que fomente la expresión libre y la comunicación a través de la realización de actividades artísticas: taller de cocina creativa, taller de lectoescritura
Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Debe ser reconocido socialmente por el paciente, sus familiares y su entorno.
Trabajar los aspectos más afectados en cada persona
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

MÉTODO

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda activa de financiación.
3. Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
4. Taller mensual de cocina creativa: dirigido por los pacientes
5. Taller mensual de fotografía y lectoescritura (trabajo cognitivo)
6. Participación con la escuela de artes aplicadas en el diseño y edición del libro.
7. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros
8. Presentación en sociedad del libro por parte de los pacientes.

INDICADORES

1. Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

- Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.
2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios) al inicio y al término del proyecto.
3. Edición del libro

DURACIÓN

El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

1ª FASE DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2016:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Colaboración con la escuela de artes aplicadas para el diseño del libro
4. Taller de cocina creativa mensual
5. Taller de lectoescritura mensual
6. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
7. Búsqueda activa de financiación.
8. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del 2016 por parte del responsables del proyecto

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
2. Dos sesiones mensuales de ejecución de las tareas consensuadas

Tareas administrativas

Reflexiones/introspección

3. Taller de cocina creativa y fotografía mensual
4. Creación por parte de los usuarios de la portada y contraportada
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2017 por parte del responsables del proyecto

3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:

- Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
- Búsqueda de espacios normalizados donde dar visibilidad al proyecto
- Presentación oficial del libro (por parte de los pacientes)
- Evaluación final del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ELISA AREVALO DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MALUENDA SONIA
COARASA ALMENARA LORENA
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ejercicios ludopedagógicos supervisados, dinámicos de sencilla comprensión y realización con los objetivos de: aumentar la permeabilización de vías aéreas, Drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilización de musculatura caja torácica y abdominodiafragmática. Ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Valor de Indicadores

Indicador de seguimiento.
Modificación habito tabáquico.
Disminución de reagudizaciones bronquiales a los 12 meses.
Grado de satisfacción.

Objetivos esperados

Buena adherencia al taller.
Sin cambios con respecto a habito de fumar.
A los 4 meses ha habido un ligero descenso del numero de reagudizaciones de los participantes.
Alto grado de satisfacción de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la actualidad de los 30 paciente diagnosticados de EPOC y/o fumadores y subsidiarios de participar en el proyecto solo se han incorporado de forma habitual 8 pacientes. Es decir, entre un 20-25% de los pacientes potenciales. Esperamos que en las próximas semanas se lleguen a incorporar hasta un máximo de 15 pacientes. El inicio de la actividad fue más lento del esperado ya que las características propias psicológicas de los pacientes hacen más difícil la incorporación de actividades novedosas a sus rutinas habituales. Dado lo cual la incorporación al taller de nuevos paciente fue mas progresiva y gradual de los esperado. Tras el periodo de adaptación han sido los mismos pacientes los que se encargan de dirigir el ritmo y desarrollo de algunas de las actividades tales como la relajación y los ejercicios de "clapping". Inicialmente el taller fue diseñado para una duración de 30 minutos, si bien los mismos pacientes a los 20 minutos presentaban perdida de atención y abandono de la sala por lo que se decidió a cortar los tiempos de la sesión a 20 minutos.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los traslados de enfermería se incorporaron al proyecto Dña Lorena Coarasa Almenara enfermera Especialista en Salud Mental y Dña Isabel Casasus Escuer Enfermera especialista en Salud Mental.

El taller se enriquecería si al equipo se incorporara un fisioterapeuta y un monitor de actividad física con el objetivo de fomentar actividades que permitan desarrollar y mejorar la capacidad cardiorespiratoria, y la musculatura respiratoria accesoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

Título
TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Autores:

AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patología respiratoria

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La institucionalización, el tabaquismo, la obesidad, los antipsicóticos y la inactividad física son algunos de los factores más influyentes y que con frecuencia se suelen sumar en muchos de estos pacientes. La reeducación respiratoria son ejercicios básicos que con un mínimo entrenamiento pueden mejorar la función respiratoria. Los pacientes con trastorno mental severo muestran una prevalencia significativamente mayor a la población general en patología respiratoria, peor función respiratoria, mayores tasas de morbilidad, ingresos hospitalarios y un exceso de morbilidad en enfermedades respiratorias.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir son una disminución la sensación de ahogo y favorecer la expulsión de mucosidad bronquial, evitar el deterioro pulmonar, fortalecer la musculatura respiratoria, reducir el trabajo respiratorio y disminuir el número de reagudizaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes
Población diana: Usuarios ingresados en la unidad de larga estancia del CRP y Psicogeriatría que han manifestado problemas respiratorios y más de tres reagudizaciones en los últimos 6 meses.
Sin límite de edad pero que muestren que mantengan conservadas las funciones cognitivas necesarias para participar en la actividad.

MÉTODO

Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.

El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.

* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.

* Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y acondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.

* Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.

Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES

Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses

Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses

Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses

Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en número de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.

Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.

Indicador de seguimiento: adherencia al taller.

Indicador de modificación cooxímetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN

Inicio Junio 2017.

Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1738

1. TÍTULO

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE RAQUEL REGLA MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA NOCITO LOURDES
ATARES OTIN MARIA PAZ
CERDAN LANERO CRISTINA
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
MARIN PRADOS EDUARDO
ZUBIAUZ PEREZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL COMO SE INDICÓ EN EL CRONOGRAMA, EL PROYECTO SE ENCUENTRA EN FASE DE RECOGIDA DE DATOS. HASTA LA FECHA HAY UN TOTAL DE 22 REGISTROS.
DADO EN NÚMERO REGISTRADO MENOR DE LOS ESPERADO, SE HA DECIDIDO PROLONGAR UNOS MESES MÁS LA RECOGIDA DE DATOS A LA VEZ QUE SE PLANTEARÁ LA POSIBILIDAD DE ORGANIZAR CHARLAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, Y HACERLAS EXTENSIBLES TANTO A PERSONAL DE RESIDENCIAS, COMO A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, INSTITUCIONALIZADOS O NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN 2017, LOS PACIENTES EN RIESGO DE CAÍDA (MAYORES DE 65 AÑOS) QUE ENGLOBAN EL CENTRO DE SALUD DE ALMUDÉVAR SON UN TOTAL DE 1371.
SE HAN PRODUCIDO UN TOTAL DE 22 CAÍDAS, CON LO QUE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS ES DE 1.6%
DE ESTOS 22 PACIENTES, UN 40.9% SE HAN PRODUCIDO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS, Y UN 59.1% EN NO INSTITUCIONALIZADOS, SIENDO LA AMPLIA MAYORÍA COMO CONSECUENCIA DE FACTORES EXTRÍNSECOS (RESBALONES O TROPIEZOS CON MOBILIARIO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES POSIBLE QUE HAYA HABIDO CIERTO SESGO EN LA COMUNICACIÓN DE CAÍDAS LEVES POR PARTE DEL PERSONAL DE LAS RESIDENCIAS UNA VEZ CONOCIDA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.
SE REALIZARÁ UNA ENCUESTA A PERSONAL DE RESIDENCIA PARA COMPROBAR GRADO DE CONOCIMIENTOS EN MANEJO DE CAÍDAS, ADEMÁS DE EXTENDER LA CHARLA A PERSONAL Y PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.
EN LA PRÓXIMA MEMORIA DE SEGUIMIENTO, SE ENVIARÁ UN RESULTADO COMPLETO CON LOS INDICADORES DEFINITIVOS.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1738 ===== ***

Nº de registro: 1738

Título
VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Autores:
REGLA MARIN RAQUEL, ZUBIAUZ PEREZ JOSE, CERDAN LANERO CRISTINA, FERNANDEZ IZARBEZ MAR, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, BOSQUE GARCIA LAURA, ABADIA NOCITO LOURDES, ATARES OTIN PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Traumatismo (Caídas/Contusión)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de actividades preventivas

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1738

1. TÍTULO

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Entendemos por caída la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. Puede clasificarse como accidental, debida a factores extrínsecos; o no accidental, generada por factores intrínsecos (alteraciones en nivel consciencia, problemas aparato locomotor, patologías y tratamientos crónicos...). Debido a estos múltiples factores y a que no todas las caídas obedecen a una única causa, es necesario actuar de manera preventiva y multidisciplinar en todas ellas para evitar consecuencias que impliquen mayor deterioro de calidad de vida del paciente, aumento de tasas de morbilidad e incremento del gasto sanitario.

Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 años sufren una caída al año, lo que supone un importante problema de salud pública, generando como consecuencia discapacidades temporales o permanentes, o empeoramientos en su estado de salud y necesidades de nuevos cuidados o tratamientos. La incidencia anual de personas que sufren caída en la comunidad es del 30-35%, aumentando hasta el 40% en personas institucionalizadas. Del 20 al 30% de las caídas presentan lesiones de moderadas a graves.

En el caso del área de salud perteneciente al Centro de Salud de Almudévar, hay asignadas 4 residencias a los cupos del equipo de Atención Primaria, sumando unos 200 residentes aproximadamente. Estas residencias, de gestión privada, cuentan con personal auxiliar, pero no de enfermería o medicina (excepto una de ellas), por lo que quizá podrían existir deficiencias de conocimiento de manejo de estos pacientes y situaciones entre su personal.

RESULTADOS ESPERADOS

1. GENERAL: Disminuir la incidencia de caídas y sus consecuencias posteriores en pacientes institucionalizados.

2. ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores de riesgo que provocan caídas en pacientes mayores de 65 años.

2. Valoración de riesgo de estas caídas analizando las causas más frecuentes y compararlas con las caídas en la comunidad, viendo las consecuencias tanto de manejo como de cuidados posteriores.

3. Implementar estrategias de mejora para la prevención y manejo de pacientes con potencial riesgo de caída.

MÉTODO

1. Creación de una hoja de registro de fácil cumplimentación para posterior elaboración de base de datos y análisis estadístico de la misma para conocer situación actual en el entorno.

2. Una vez obtenidos resultados, elaborar las actividades necesarias para la mejora de la seguridad de los pacientes, del entorno y control de los factores de riesgo.

INDICADORES

1. Incidencia de caídas: N° de caídas / Pacientes totales institucionalizados x100

2. Incidencia de caídas de pacientes en riesgo: N° caídas de pacientes en riesgo / pacientes en riesgo de caída x100

3. Incidencia de lesiones de gravedad: N° lesiones moderadas-graves / total de caídas x 100

4. incidencia de lesiones leves y contusiones: N° contusiones / total de caídas x100

5. Incidencia de caídas en domicilio vs residencias: N° caídas domicilio / caídas totales x 100 y N° caídas residencias / caídas totales x 100

6. Incidencia de caídas por situación funcional: N° caídas Barthel <90 / caídas x100

DURACIÓN

1. Primera fase: elaboración cuestionario e inicio recogida de datos. Agosto 2017

2. Segunda fase: análisis estadístico de datos. Enero 2018

3. Tercera fase: elaboración e implementación de estrategias e intervenciones a realizar. Febrero 2018

4. Cuarta fase: nueva recogida de datos y evaluación estadística para comprobación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MALO GRACIA MARIA ELENA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MONTORI TORRIJOS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.
- 5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaron tres sesiones clínicas con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la función renal, así como la actualización de protocolos en vigor:
- 5.2.1. Sesión clínica donde se realizó una puesta a punto de "Protocolos sobre ERC", subrayando los datos sobre la importancia de los controles de tensión arterial y diabetes en los pacientes con FC<60 ml/min. Realizada el 29 de Mayo 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.
- 5.2.2. Sesión clínica sobre el "Uso e influencia de los AINES en la ERC, así como de antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, etc". Se realizó el 5 de junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
- 5.2.3. Sesión clínica sobre "Recomendaciones de uso, seguimiento y desprescripción de los IBPs", subrayando la influencia de los mismo en la progresión de la ERC. Realizada el 23 de Octubre 2017.
- 5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del Equipo de Atención Primaria: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.
- 5.4. Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, dosis, duración de tratamiento, con el fin de evitar la iatrogenia por autoconsumo que incide en la aparición y progresión de la ERC. Se ha dado la información precisa y de forma individualizada a los pacientes afectados por ERC, sobre el no abuso de fármacos perjudiciales sin prescripción médica.
- 5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 Agosto 2017. Se valoraron los resultados el 6 de Noviembre del 2017.
- 5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.
- 5.7. Segundo seguimiento de resultados a fecha 20 de Diciembre del 2017. Nueva valoración de los mismos.
- 5.8. Finalización del proyecto con resultados a 31 de Diciembre 2018, tras un año de seguimiento desde el ultimo corte. Se redacta memoria definitiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. ¿En cuantos pacientes se ha detectado insuficiencia renal crónica durante el período de estudio?
Del 1 de junio al 20 de diciembre del 2017..... 12 pacientes
Del 20 de diciembre del 2017 al 31 de diciembre del 2018..... 43 pacientes
TOTAL pacientes en el período de estudio..... 55
pacientes.....2,5% de la población atendida

6.2. N° pacientes informados/N° pacientes detectados = 72%

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Muy significativo el aumento espectacular del registro en OMI del episodio de Enfermedad Renal Crónica tras valoración del Filtrado Glomerular en la analítica de los pacientes. Las estrategias para la detección y control de la misma han mejorado ostensiblemente dentro del EAP. Se ha observado una progresión en aumento de detección durante el año 2018 respecto a los meses en que se comenzó el proyecto del 2017. Eso indica una habituación por parte del equipo en la solicitud del marcador de Filtrado Glomerular y albuminuria en las analíticas y registro del episodio correspondiente en OMI.
- Al mismo tiempo se ha incrementado la valoración de los factores de riesgo para la aparición y evolución de la ERC, ejerciendo un mayor control en las cifras de Tensión arterial y tratamiento correspondiente, y de las cifras de Glucemia en pacientes diabéticos y su tratamiento correspondiente. Un buen control de ambos parámetros influye en la progresión de la enfermedad.
- Se ha llevado a cabo una valoración individualizada de los fármacos nefrotóxicos: AINES, antidiabéticos orales o inhibidores de la bomba de protones, con un mayor control sobre la prescripción de los mismos en los pacientes con alteraciones previas en la función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

- El proyecto se diseñó inicialmente por una falta de adecuación en el registro del episodio de ERC del CS Ayerbe en comparativa con los otros CS del sector. Desde ese punto de vista se ha conseguido una amplia mejora al respecto.
- El plan de información a los usuarios de su estado renal, ha sido uno de los puntos a tener muy en cuenta. El fin último ha sido concienciar a la población sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, respetando las duraciones de los tratamientos recomendadas por su médico, así como el evitar el autoconsumo incontrolado que puede influir negativamente en la aparición y evolución de la ERC. Los resultados en este apartado no han sido óptimos al 100%, ya que en algunas ocasiones por cuestiones de tiempo, tipo de paciente, etc., no se ha dado dicha información. A pesar de todo, se ha conseguido que aumente la información sobre dichos aspectos, y la perspectiva de mejorar en el futuro impulsa el mantener unos estándares de calidad.
- Para la obtención de los datos se solicitó la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Se extrajeron los datos en 3 periodos distintos: Primer seguimiento a 31 de Agosto 2017; segundo seguimiento a 20 de Diciembre 2017, y tercero y último a 31 de Diciembre 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hemos conseguido hacer un mayor registro de los episodios correspondientes a ECR en OMI, con una detección más precoz de los mismos. Lo que favorece una actuación más adelantada sobre los factores favorecedores de la evolución del proceso.
- Ha sido todo un ejercicio práctico el vincular la posible aparición de insuficiencia renal o progresión de la misma con algunos fármacos con los que no solemos asociarla; es el caso de los IBP en aquellos pacientes con tratamientos mayores de 6 meses. Eso ha favorecido concretar si persistía la indicación tras el tiempo transcurrido desde la prescripción, e incluso la desprescripción en aquellos casos en que se correlacionaba con una evolución negativa, una vez descartado otros motivos que la expliquen.
- Se ha mejorado notablemente en conocer las indicaciones establecidas por protocolos para el tratamiento de AINES, fármacos de amplio uso y que favorecen la progresión de ERC, y manejar los distintos AINES según el riesgo cardiovascular, gastrointestinal y renal de cada uno, buscando la indicación más eficiente.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre la influencia de los fármacos que se deben o no prescribir, y cómo reducir las dosis según el grado de afectación renal. En resumen, un manejo más práctico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto ha facilitado la actualización de los factores que inciden en la progresión de la ERC, y la toma de conciencia de hacer un control más exhaustivo desde Atención Primaria. El progresivo aumento de registro en OMI de los episodios, nos hace pensar en una mejora notable en dicho aspecto que progresara con el tiempo.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1278 ===== ***

Nº de registro: 1278

Título
DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MALO GRACIA MARIA ELENA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Pacientes con Enfermedad Renal crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

PROBLEMA

La importancia y utilidad del proyecto nace debido a la prevalencia de la ERC que va aumentando de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), presentándose asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica.

Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >65 años, con pluripatologías varias, es aconsejable detectar precozmente esta ERC con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, disminuir la progresión del riesgo de eventos cardiovasculares, así como reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad.

Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI de los criterios que identificarían la ERC.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

- Creación del episodio de ERC ajustándose a los valores indicados.

- Disminuir los factores de progresión y prevención del deterioro de la capacidad funcional para reducir la morbimortalidad cardiovascular

- Reducir la iatrogenia por el uso inadecuado de fármacos que repercuten en el deterioro de la función renal.

MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario

- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizarán tantas sesiones clínicas sean necesarias con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la Función renal:

- 1) Abordaremos las nuevas recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs
- 2) La influencia de los AINE sobre el deterioro renal y el riesgo cardiovascular
- 3) Importancia de un buen control de DM tipo 2 en pacientes con ERC
- 4) Repercusión de la tensión arterial mal controlada en la función renal.

- Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo.

INDICADORES

En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

1. Personas mayores de 60 años
2. Hipertensión arterial
3. Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 evolucionada
4. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

Detectar una vez al año:

- * FG inferior a 60 ml/minuto/1,73 m² y confirmarse siempre su persistencia durante al menos 3 meses.
- * En todos aquellos pacientes que reúnan este criterio, se abrirá el episodio en OMI de ERC U99
- * Se obtendrán los datos de las analíticas realizadas de forma programada en el Centro de Salud.

DURACIÓN

1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.

2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de Mayo

3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio

4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio. Responsable: coordinador del mismo.

5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc.

Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez

6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.

7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MALO GRACIA MARIA ELENA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MONTORI TORRIJOS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.

5.2. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.

5.3. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaron 3 sesiones clínicas con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la función renal, así como actualización de protocolos en vigor:

5.3.1. Sesión clínica donde se realizó una puesta a punto de protocolos sobre ERC, subrayando los datos sobre la importancia de los controles de tensión arterial y diabetes en los pacientes con FC<60 ml/min. Realizada el 29 de Mayo 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.

5.3.2. Sesión clínica sobre el uso y la influencia de los AINES en la ERC, así como de un amplio número de fármacos de uso habitual en la práctica clínica (antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, etc). Se realizó el 5 de junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3.3. Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguimiento y desprescripción de los IBPs, subrayando la influencia de los mismo en la progresión de la ERC. Realizada el 23 de Octubre 2017.

5.4. Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo. Se ha dado la información precisa y de forma individualizada a los pacientes afectados por ERC, sobre el no abuso de fármacos perjudiciales sin prescripción médica.

5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 de agosto 2017. Se valoran los resultados el 6 de Noviembre 2017.

5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.

5.7. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2017. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. ¿En cuántos pacientes se ha detectado Insuficiencia renal crónica durante el período de estudio? 12 pacientes.

6.2. N° de pacientes informados/N° pacientes detectados: 100%

6.3. VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Se han conseguido mejoras en abrir episodio en OMI de Enfermedad renal Crónica tras valoración analítica de control de los pacientes.

- Al mismo tiempo se ha valorado posibles causas de esa ERC, haciendo un mejor control de las cifras de TA y tratamiento correspondiente, y de las cifras de DM y su tratamiento correspondiente.

- Tras la valoración de resultados del primer seguimiento a fecha de 31 de Agosto, no se observó una mejora de los indicadores por varios motivos:

1) Por una parte por coincidir este primer seguimiento con los meses vacacionales del personal del CS.

2) Por otra parte porque al solicitar el corte de datos a informática, se hizo con los datos nuevos durante el periodo del 1 de junio al 31 de agosto. Por lo que no se cuantificaron los episodios abiertos anteriormente a dicha fecha. Se ha rectificado para el seguimiento final.

6.4. OBTENCIÓN DE DATOS:

Se solicitaron en ambos periodos (seguimiento y final) la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca para la extracción de datos, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Aunque la fecha prevista de finalización del proyecto era a 31 de Diciembre del 2017, se solicitó terminar el 20 de Diciembre para poder elaborar la memoria final que se debe presentar antes del 31 de Diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1. Se ha conseguido hacer una detección precoz de la ERC, y se han creado los episodios correspondientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

en OMI.

7.2. Se ha incidido en aquellos factores que favorecen la progresión de la ERC y cuyo control facilitarían la prevención de la misma. Mejores controles de tensión arterial en los hipertensos, mejores controles de cifras de glucemia en diabéticos, etc.

7.3. Se ha comenzado a revisar las prescripciones de Inhibidores de la bomba de protones en aquellos pacientes que llevan tratamiento con los mismos más de 6 meses, con el objetivo de favorecer la desprescripción en los casos en que se correlacione una evolución negativa de la ERC con la toma prolongada de IBPs, sin haber otro motivo que la explique.

7.4. Se ha mejorado notablemente en observar las indicaciones establecidas por protocolos para el tratamiento de AINES, fármacos de amplio uso y que favorecen la progresión de ERC.

CONCLUSIONES:
El proyecto ha facilitado la actualización de los elementos que inciden en la progresión de la ERC, y la toma de conciencia de hacer un control más exhaustivo desde Atención Primaria.
Los profesionales del equipo de AP disponen de documentación actualizada para su consulta sobre la influencia de los fármacos que se deben o no prescribir, y cómo reducir las dosis según el grado de afectación renal.
El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1278 ===== ***

Nº de registro: 1278

Título
DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MALO GRACIA MARIA ELENA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Pacientes con Enfermedad Renal crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La importancia y utilidad del proyecto nace debido a la prevalencia de la ERC que va aumentando de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), presentándose asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica.
Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >65 años, con pluripatologías varias, es aconsejable detectar precozmente esta ERC con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, disminuir la progresión del riesgo de eventos cardiovasculares, así como reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad.
Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI de los criterios que identificarían la ERC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:
- Creación del episodio de ERC ajustándose a los valores indicados.
- Disminuir los factores de progresión y prevención del deterioro de la capacidad funcional para reducir la morbimortalidad cardiovascular
- Reducir la iatrogenia por el uso inadecuado de fármacos que repercuten en el deterioro de la función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaran tantas sesiones clínicas sean necesarias con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la Función renal:
 - 1) Abordaremos las nuevas recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs
 - 2) La influencia de los AINE sobre el deterioro renal y el riesgo cardiovascular
 - 3) Importancia de un buen control de DM tipo 2 en pacientes con ERC
 - 4) Repercusión de la tensión arterial mal controlada en la función renal.
- Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo.

INDICADORES

En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

1. Personas mayores de 60 años
2. Hipertensión arterial
3. Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 evolucionada
4. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

Detectar una vez al año:

- * FG inferior a 60 ml/minuto/1,73 m2 y confirmarse siempre su persistencia durante al menos 3 meses.
- * En todos aquellos pacientes que reúnan este criterio, se abrirá el episodio en OMI de ERC U99
- * Se obtendrán los datos de las analíticas realizadas de forma programada en el Centro de Salud.

DURACIÓN

- 1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.
- 2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de Mayo
- 3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio
- 4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio. Responsable: coordinador del mismo.
- 5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
- 6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
- 7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ELENA MALO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ
MARCO AGUADO MARIA ANGELES
SANZ JACA AURORA
LANZAROTE NASARRE LOURDES
PELEATO LOPEZ OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.

5.2. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.

5.3. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad. Se realizaron 3 sesiones clínicas con el objetivo de actualización de protocolos en vigor:

5.3.1. Sesión clínica de revisión del Protocolo del paciente polimedicado, establecimiento de marcadores y forma de registro en OMI. 12 Junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.

5.3.2. Sesión clínica definiendo los indicadores y adecuación de la medicación: criterios de STOPP/START, criterios de Beers, escalas de riesgo anticolinérgico, BOT-SALUD. 19 junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3.3. Sesión clínica definiendo la seguridad de los medicamentos: RAM frecuentes en ancianos, interacciones fármaco-fármaco y los medicamentos en la insuficiencia renal. 22 junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.4. Plan de información a los pacientes con polimedicación, para discutir y acordar cambios sobre su medicación y suspender medicamentos no indicados.

Se llegó a un acuerdo con los profesionales médicos del equipo para dar la información precisa y de forma individualizada a los pacientes polimedificados, sobre el consumo de fármacos, la necesidad de control de los mismos, así como de evaluar periódicamente las indicaciones que propiciaron su prescripción.

5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 de agosto 2017. Se valoran los resultados el 6 de Noviembre 2017.

5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.

5.7. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2017. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. Test de concordancia realizado por enfermería/Nº de polimedificados = 39,8%

6.2. Test de adherencia realizado por enfermería /Nº de Polimedificados = 45,6%

6.3. Revisión clínica del médico/Nº de Polimedificados = 33,98%

6.4. Nº Pacientes a los que se ha dado información personal sobre la medicación/Nº de polimedificados = 33,98%

6.5. VALORACIÓN DE RESULTADOS:

Tras la valoración de resultados del primer seguimiento a fecha de 31 de Agosto, no se observó una mejora de los indicadores por varios motivos:

- 1) Por una parte por coincidir este primer seguimiento con los meses vacacionales del personal del CS.
- 2) Por otra parte porque al solicitar el corte de datos a informática, se hizo con los datos nuevos durante el periodo del 1 de junio al 31 de agosto. Por lo que no se cuantificaron los episodios abiertos anteriormente a dicha fecha. Se ha rectificado para el seguimiento final.

En el corte de final de proyecto, se ha observado una mejoría espectacular en el seguimiento de estos pacientes y revisión de medicación tanto por parte de enfermería como de medicina. Ello es debido a la rectificación del modelo a seguir tras valoración de los resultados del primer seguimiento que no fueron aceptables.

6.6. OBTENCIÓN DE DATOS:

Se solicitaron en ambos periodos (seguimiento y final) la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca para la extracción de datos, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Aunque la fecha prevista de finalización del proyecto era a 31 de Diciembre del 2017, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

solicitó terminar el 20 de Diciembre para poder elaborar la memoria final que se debe presentar antes del 31 de Diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 7.1. Se ha conseguido hacer una revisión periódica de los medicamentos que toman los pacientes polimedificados, comprobando errores en dosificación y tiempo de tratamiento. También nos ha permitido ver el grado de cumplimiento, adherencia y concordancia de nuestros pacientes.
- 7.2. Se ha favorecido el hábito en los profesionales del EAP de hacer una revisión periódica del protocolo del anciano en OMI.
- 7.3. Hemos conseguido mejorar el cumplimiento terapéutico en el polimedicado, favoreciendo la adherencia terapéutica.
- 7.4. Se ha evitado, en lo posible, las duplicidades de fármacos, las interacciones medicamentosas y reacciones adversas, impidiendo la aparición de cascadas terapéuticas.
- 7.5. Nos hemos familiarizado con la desprescripción de determinados fármacos que no aportaban ningún beneficio al paciente, siendo perjudiciales en algunas ocasiones.

CONCLUSIONES:

El proyecto ha facilitado el hábito de cumplimentar el protocolo del plan de paciente polimedicado de OMI, que nos había deparado sorpresas en cuanto a la poca evaluación que se hacía del mismo. Los profesionales del equipo de AP disponen de documentación actualizada para su consulta, haciendo hincapié en aquellos fármacos susceptibles de ser suspendidos por lo innecesario de los mismos o por su inadecuación en el estado del paciente. El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1279 ===== ***

Nº de registro: 1279

Título
REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MALO GRACIA MARIA ELENA, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, SANZ JACA AURORA, LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES, PELEATO LOPEZ OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Polimedicado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. En esta población es especialmente frecuente la polimedicación, definida como el uso conjunto de más de 5 fármacos. La polimedicación puede estar asociada a la prescripción y uso de fármacos innecesarios o inadecuados y supone mayor riesgo de mal uso, de errores de dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento, de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas medicamentosas (RAM). La polimedicación es además un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano. Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >75 años, con pluripatologías varias, y con toma de más de 5 fármacos, es aconsejable hacer una revisión y seguimiento de los mismos para reducir el consumo innecesario, con el fin de reducir la morbi-mortalidad, así como el gasto innecesario para los pacientes y la sociedad. Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI referido al Plan de Paciente Polimedicado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

- * Prevenir riesgos asociados al empleo de medicamentos en el anciano.
- * Prevenir errores de medicación fomentando una cultura de seguridad en la actividad diaria de los profesionales.
- * Prevenir el incumplimiento terapéutico
- * Evitar las cascadas terapéuticas.
- * Familiarizarse con la desprescripción

MÉTODO

- * Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario
- * Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre:
 - 1) La indicación y adecuación de la medicación:
 - Criterios STOPP/START
 - Criterios Beers
 - Escalas riesgo anticolinérgico
 - BOT-SALUD
 - 2) La seguridad de los mismos:
 - RAM frecuentes en ancianos
 - Interacciones
 - Medicamentos en Insuficiencia Renal
- * Plan de información a los pacientes con polimedicación, para discutir y acordar cambios sobre su medicación y suspender medicamentos no indicados.

INDICADORES

Para la identificación de los pacientes polimeditados se realizará un seguimiento farmaterapéutico individualizado de los pacientes de más de 75 años.

1. Personal de enfermería realizará la entrevista inicial para delimitar cuales cumplen con el requisito de tomar de forma crónica 5 principios activos diferentes en los 6 últimos meses de la revisión, a partir de la Receta Electrónica a nombre del paciente.

En caso positivo revisará la prescripción, concordancia y adherencia, con el objetivo de valorar los aspectos relacionados con la utilización de los medicamentos por los pacientes ancianos:

- * Valoración socio-sanitaria (Barber), funcional (Barthel) y cognitiva (Pfeiffer)
- * Valoración de la concordancia y grado de conocimiento (determinar qué fármacos toma realmente el paciente, incluida la dosis y patrón de las tomas)
- * Valoración de la adherencia terapéutica (test de Morinsky-Green-Levine)

- 1.2. Posteriormente se valorará por el médico de Atención Primaria que hará la revisión clínica de los medicamentos:

- Jerarquización de las patologías
- Ligar cada fármaco que toma el paciente a la patología que trata.
- Replantear el plan terapéutico

Todas estas actividades quedarán registradas en el Programa OMI-AP, Paciente Polimeditado.

DURACIÓN

- 1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores y cómo realizar registro en OMI. Criterios a establecer en cada una de las visitas y revisiones a realizar. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.
- 2) Sesión clínica sobre Criterios STOPP/START. Criterios Beers. Escalas riesgo anticolinérgico. Responsable: M^a Ángeles Marco Aguado. Fecha prevista 12 de Junio,
- 3) Sesión sobre manejo de escalas, registro en OMI, y BOT-SALUD. Responsable: M^a Ángeles Marco Aguado. Fecha prevista: 19 de Junio.
- 4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.
- 5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio
- 6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
- 7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1348

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE LOURDES LANZAROTE NASARRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MONTORI TORRIJOS SARA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
BORREL MARTINEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan 2 reuniones de equipo en las que se da formación a los profesionales siguiendo las recomendaciones de la PACAP en la guía ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? Se analizar las necesidades reales por parte del equipo en materia de educación Comunitaria llegando a la conclusión que se debe enfocar en un principio hacia la educación en el autocuidado especialmente de ancianos y adultos debido al envejecimiento de la población de la zona y a la dispersión de la misma
El 19 de Diciembre se realiza Consejo de Salud de Zona en el que se explica el proyecto y se pide apoyo y colaboración a distintas asociaciones(Amas de casa, Cruz Roja,) y Ayuntamientos de la zona así como a la trabajadora social mostrando buena disposición para realizar actividades comunitarias por parte de estos. Diseñamos la Agenda Comunitaria quedando pendiente la puesta en marcha ya que las fechas de celebración del Consejo de Salud ha hecho que se retrase.
Tras las Navidades está previsto comenzar con las actividades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS:

- Analizar las necesidades reales de la población de la zona salud en materia de Educación Comunitaria. SI
- Creación de una Agenda Comunitaria SI
- Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona. Pendiente

INDICADORES:

- Sesiones formativas del EAP: 4
- Médicos y enfermeros formados en el plan de implantación de la agenda: 11
- Contactos intersectoriales: Ayuntamiento Ayerbe, Consejo de Salud, Trabajador social, Asociación amas de casa de Ayerbe.
- Diseño de Agenda Comunitaria de acuerdo a las características de la población: Si
- Puesta en marcha de la agenda Comunitaria: No
- Nº de actividades de la agenda comunitaria puestas en marcha: Ninguna

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la dispersión de los profesionales del equipo y de la población resulta complicado el realizar reuniones y hacer contactos con la población para poder coordinar el proyecto.
Queda pendiente la puesta en marcha de la Agenda debido al retraso del proyecto condicionado a la celebración del Consejo de Salud de zona que se realiza el 19 de Diciembre de 2017.
Tras las Navidades queda pendiente comenzar con las actividades de la agenda teniendo previsto un taller de medicación y otro de alimentación saludable en el anciano

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1348 ===== ***

Nº de registro: 1348

Título
CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S.AYERBE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1348

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE

LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MONTORI TORRIJOS SARA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, SANZ JACA AURORA, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Comunitaria es un pilar fundamental dentro de la Atención Primaria formando parte de su cartera de servicios. Cada vez más, la población en general, demanda una atención comunitaria desde la perspectiva de la prevención y la promoción de la salud .

La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables . Por lo tanto se pretende que esto sea la primera fase de un proyecto estratégico de Atención Comunitaria para que se implante de forma estable en nuestra Zona Básica de Salud

RESULTADOS ESPERADOS

-Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación Comunitaria.
-Creación de una Agenda Comunitaria.
-Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona.

MÉTODO

- Sesiones formativas del EAP .
-Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador social, colegio y distintas asociaciones de la zona para crear un entorno que apoye la salud.
-Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
-Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
-Puesta en marcha de la Agenda

INDICADORES

-% de médicos y enfermeras formados en el plan de implantación de la agenda comunitaria.
-Nº de acuerdos intersectoriales para desarrollar actividades comunitarias.
-Diseño de Agenda Comunitaria de acuerdo a las características poblacionales.
-Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

DURACIÓN

-Junio- sesiones formativas del EAP
-Julio a Septiembre -Establecer contactos comunitarios intersectoriales.
-Octubre- Análisis de los datos obtenidos en las distintos encuentros.
-Diciembre- Diseño de la agenda.
-Febrero -Puesta en marcha de la agenda.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0028

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ANA CARMEN GIMENEZ BARATECH
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BOSQUE OROS ANADEL
VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Selección de temas: ejercicios osteoarticulares y correcto lavado de manos.
2. Elaboración de la parte teórica.
3. Elaboración de encuestas de satisfacción adaptadas a lso temas.
4. Selección de las poblaciones, cartelera e información de las actividades.
5. Realización de las actividades programadas. Se llevaron a cabo 2 charlas, 12 talleres de escuela de espalda, 12 talleres de lavado de manos y 10 talleres de estiramientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores propuestos:

1. N° de talleres programados ejercicios osteoarticulares 13 / n° talleres realizados 12; con resultado mayor al 80% propuesto
2. N° de talleres programados taller lavado de manos 13 / n° talleres realizados 12; con resultado mayor al 80% propuesto
3. N° de poblaciones donde se han impartido los talleres 12 / n° poblaciones adscritas al centro de salud 14 alcanzando el 85%
4. Porcentaje de asistentes satisfechos con las actividades mayor al 98%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las necesidades expresadas por la población a los sanitarios favorecen la participación activa en las actividades programadas. Así mismo, el realizar la actividad en las poblaciones, evitando desplazamientos a los usuarios, produce por una parte una mayor respuesta y por otra un acercamiento de la figura del sanitario a la población. Por otra parte, no nos ha sido posible evaluar los conocimientos adquiridos tras los talleres, si bien los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos. Quedaría pendiente este punto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/28 ===== ***

N° de registro: 0028

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BOSQUE OROS ANNADEL, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0028

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el C.S. Berdún se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Dada la prevalencia de dolores osteomusculares en una población envejecida, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos en diferentes pueblos.

Para ello se seleccionaron dos temas:

el primero, ejercicios cervico-dorsales para fomentar el autocuidado y la disminución del uso de analgésicos para procesos banales;

el segundo, el lavado de manos, de importancia para evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.

- Dar herramientas no farmacológicas para el tratamiento de dolores osteomusculares, mediante la realización de ejercicios y estiramientos con el fin de que sean capaces de aplicarlos en la vida diaria.

- Promover el lavado de manos dada la importancia de que la población conozca la correcta técnica del lavado de manos y pueda transmitirlo a sus familiares.

MÉTODO

1. Selección de temas, teniendo en cuenta las preferencias de la población derivado de las encuestas realizadas en otras actividades: Ana Arnal.

2. Elaboración de la parte teórica y selección de los ejercicios: Ana C. Giménez

3. Elaboración de las encuestas de satisfacción: Ana C. Giménez.

3. Información a la población y carteles informativos: Ana Arnal.

4. Realización de los talleres en diferentes poblaciones para evitar los desplazamientos a los usuarios: Ana Arnal.

5. Recogida de datos y evaluación: Teresa Garcés.

INDICADORES

Nº talleres programados/nº talleres realizados >80%

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%

Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >80%

DURACIÓN

Planificación de proyecto: marzo 2016

Realización de los talleres: primer ciclo abril-mayo

segundo ciclo: octubre-noviembre

Evaluación parcial: junio 2016

Evaluación final: diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1246

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ANA MARIA ARNAL BARRIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actualizar el listado de pacientes EPOC según criterios de inclusión.
2. Realización de 2 sesiones clínicas del EAP para actualizar conocimientos el 5 y el 19 de abril.
3. Selección de encuesta(Osakidetza del País Vasco) acerca de los conocimientos de su enfermedad, utilización de inhaladores, actuación ante reagudizaciones y tratamiento no farmacológico.
4. Realización individual de la encuesta en las consultas a EPOC con tratamiento de inhaladores.
5. Evaluación de los resultados obtenidos de las encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores propuestos:

1. N° de pacientes participantes/n° total de pacientes con EPOC con inhaladores: 21 pacientes participantes/ 24 pacientes EPOC con inhaladores.87% . Supera el 70% marcado.
2. N° de pacientes con conocimientos adecuados de su enfermedad (qué es EPOC, uso de inhaladores, cómo actuar en reagudizaciones)/n° total de participantes en la encuesta: 19 pacientes con conocimientos correctos/ 21 participantes. 90%. Supera ampliamente el standar marcado del 50 %.
3. N° de pacientes que conocen y realizan tratamiento no farmacológico/n° total de participantes en la encuesta: 18 pacientes /21 pacientes participantes. 85%. Se ajusta al 90% prefijado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo una vez estudiados los resultados de las encuesta, es satisfactoria. Creemos que los talleres grupales impartidos en el 2016 y la educación individualizada en consultas ha influido en los buenos resultados obtenidos en las encuestas. Pensamos que la educación sanitaria individual es más efectiva dada la gran dispersión y la edad avanzada de la población por lo que se seguirá realizando esta actividad en las consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1246 ===== ***

N° de registro: 1246

Título
VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN CS BERDUN

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1246

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN

PROBLEMA

La EPOC conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control y seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones con su consecuente coste económico y social.
El autocuidado es un término aplicado a los programas educativos encaminados a enseñar habilidades necesarias para realizar actuaciones específicas para la enfermedad, guiar el campo de conductas de salud y prestar apoyo emocional a los pacientes para el control de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.
Dado que el abordaje de la EPOC es prioritaria dentro de las líneas estratégicas del SALUD, decidimos conocer el grado de conocimiento que tienen dichos pacientes de su enfermedad y de su tratamiento para después realizar una mejora en su autocuidado y habilidades.

RESULTADOS ESPERADOS

- La población diana serán los pacientes diagnosticados de EPOC moderado -grave que utilicen inhaladores adscritos al CS de Bedún.
- Valorar el grado conocimiento de dichos pacientes de la enfermedad, utilización de inhaladores, actuación ante las reagudizaciones y tratamientos no farmacológicos.
- Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y mejorar el autocuidado de los pacientes con EPOC en tratamiento con inhaladores.

MÉTODO

- Actualizar el listado de pacientes EPOC según los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas del EAP para actualizar conocimientos.
- Búsqueda y selección de encuesta de conocimientos, actitudes y habilidades..
- Realización individual la encuesta al inicio de la actividad. Después de realizar el taller o la educación sanitaria individual, se les volverá a realizar la misma encuesta, para valorar si se han alcanzado los objetivos .
- Llegar a conseguir el correcto autocuidado de los pacientes.

INDICADORES

- nº de pacientes participantes/ nº total de pacientes EPOC > 70%
- . nº pacientes con conocimientos adecuados de su enfermedad / nº total de pacientes participantes al inicio del estudio.
- . nº pacientes con mejora de sus conocimientos / nº total de pacientes participantes al final del estudio > 50%
- . nº de pacientes con correcto uso de los inhaladores al final de la educación sanitaria / nº total participantes >90%

DURACIÓN

1. Repasar el listado de pacientes con EPOC. Abril 2017
2. Realización de sesiones clínicas del EAP. Abril/mayo 2017.
3. Evaluación de conocimientos, manejo de la enfermedad y evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades mediante encuesta. Mayo junio 2017
4. Realización de talleres y educación individualizada. Junio- septiembre 2017.
5. Evaluación final. Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES ASCASO CASTAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER
ARNAL BARRIO ANA MARIA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentación del programa del CCR por parte de DAP de Huesca a todo el personal sanitario.
Recepción del listado de la población diana y corrección de errores.
Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario.
Captación activa (llamada telefónica y entrevista personal) a partir del listado de los usuarios que no se pusieron en contacto con el personal sanitario.
Registro de las causas de exclusión del programa de prevención del CCR.
Registro de las patologías detectadas tras el test positivo.
Educación sanitaria individualizada en consulta de enfermería a los usuarios con SOH +.
Realización de una hoja informativa con medidas higiénico-dietéticas para la prevención del CCR.
Todas las acciones se han realizado según calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de test de SOH realizados tras la captación por carta, han alcanzado el 63,45% de la población diana, lo que cumple nuestras expectativas de alcanzar un mínimo de un 60%. La literatura médica reconoce una captación del 35 al 60 %.

Tras la captación activa de los pacientes con negativa a realizarse el test, solamente cambiaron de opinión y trajeron la muestra el 31,25 %, es decir 10 de los 32 pacientes a los que se contactó de forma individual, cuando nuestro objetivo era del 50%. Después de revisar la literatura vemos que nuestro objetivo era muy alto ya que los programas de detección de CCR en Murcia y en Hospitalet solo consiguen recaptar un 12 y un 15%.

Como indicadores logrados de interés para la salud tenemos:

- Se han diagnosticado 2 adenocarcinomas en fase precoz de los 15 usuarios con resultado de SOH positiva y a los que se realizó colonoscopia .
- Además se diagnosticaron 2 lesiones premalignas que serán re-evaluadas en 1 año y 6 usuarios con lesiones benignas que serán controlados en 5 años.

Resaltamos que uno de los adenocarcinomas diagnosticados fue en una usuaria con negativa a realizarse el test tras recibir la carta, que aceptó tras la captación activa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Llegamos a la conclusión de que es difícil convencer a los usuarios que han expresado su negativa al inicio del programa de prevención, aunque la ganancia en salud justifica la actitud activa. Creemos que habría que fijar objetivos más realistas.

Tras realizar la educación sanitaria individualizada en los usuarios con SOH +, se evaluarán los conocimientos adquiridos con una pequeña encuesta a los 6 meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1248 ===== ***

Nº de registro: 1248

Título
CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN CS BERDUN

Autores:
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, ARNAL BARRIO ANA MARIA, GARCES ROMEO TERESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras varios variadas demoras por problemas organizativos, se implantó en febrero 2017 el Plan de prevención de cancer colorrectal (CCR) en C.S. Berdún.
Dado que la población diana seleccionada por el SALUD son los usuarios de 60 a 70 años, lo que supone 139 personas en CS Berdún, nos propusimos superar el porcentaje de captación del 60% previsto, para lograr la mayor eficiencia posible de dicho programa.

RESULTADOS ESPERADOS

- Diagnosticar en la fase precoz los posibles casos de cáncer colorrectal en la población de mayor riesgo.
- Implantar de forma bienal el Programa de prevención del cáncer colorrectal en C.S. Berdún
- Conseguir que el 80% de la población diana seleccionada por el SALUD se realice el test inmunológico.
- Realizar posteriormente un seguimiento a aquellos con resultado positivo del test

MÉTODO

- Presentación del programa de prevención del cancer colorrectal por parte de D.A.P. de Huesca a todo el personal sanitario.
- Recepción del listado de la población diana. Corrección de errores.
- Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario.
- Captación activa a partir del listado de los usuarios que no se hubieran puesto en contacto con el personal sanitario.
- Registro de las causas de exclusión del programa de prevención del CCR.
- Registro de las patologías detectadas tras el test positivo.

INDICADORES

- Nº usuarios que responden a la cita por carta / población diana >60%
- Nº usuarios que se realizan el test tras la captación activa / nº usuarios con captación activa >50%
- Nº pacientes con SOH+ / población que se ha realizado la prueba
- Nº pacientes detectado con CCR / población diana > 1

DURACIÓN

- Febrero 2017: presentación del programa y organización de actividades: Lourdes Ascaso
- Febrero 2017:Recepción del listado de la población diana. Corrección de errores. Lourdes Ascaso
- Febrero- Mayo 2017:Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario. Lourdes Ascaso
- Febrero- Mayo 2017:Captación activa a partir del listado de los usuarios que no se hubieran puesto en contacto con el personal sanitario: Lourdes Ascaso.
- Julio 2017: Análisis de los resultados. Ana C. Giménez.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANADEL
SALCEDO GIL SOLEDAD
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

_ Fomentar colaboración desde la residencia, acudiendo al centro de salud inmediatamente tras el alta hospitalaria de alguno de los residentes. (Sept-18)
- Buscar apoyo en todos los MAP y MAC del centro de salud con la realización de una hoja de prescripción nueva tras cada alta hospitalaria, con cada nuevo residente o por lo menos una vez al año. (Nov-18)
- Valoración de hoja de prescripción por parte del personal del centro de salud. (Dic-18)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Nº pacientes residentes con hoja de registro completa / Nº pacientes totales de la residencia.
A fecha 9 de Enero de 2019, 46 residentes con hoja de registro completa, 44 =0.95
2-Se controla la prescripción: NO
3-Pacientes que se automedican en este momento el 13,04% de los residentes son válidos y con capacidad intelectual normal.
4- La valoración por parte del personal de la hoja de prescripción:
- Consideran que es adecuada. (100%)
- El 100% de los médicos la utilizan.
- No siempre la entregan para valoración del paciente siendo necesario pedirla.
(20,7%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras dos años realizando este proyecto hemos observado la buena acogida por parte del personal auxiliar de la residencia, así como la mejora en otros aspectos relacionados.
Ha mejorado nuestra comunicación y cercanía con el personal de la residencia y entre todas ellas, apuntando cada una de las incidencias que se suceden de una manera mas reglada que hasta este momento.
Seguimos teniendo poca colaboración por parte de la dirección de la residencia haciendonos mas difícil el control de la administración de medicamentos.
Intentaremos continuar mejorando en nuestra colaboración y en nuestros registros para garantizar un mejor cuidado de los residentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1200 ===== ***

Nº de registro: 1200

Título
PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

Autores:
CABELLO ORDUNA OLGA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL SOLEDAD, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

PROBLEMA

En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas. Las intervenciones están dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

MÉTODO

-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación, posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos prescritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de los cambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

INDICADORES

1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.

Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras. Encuesta de satisfacción.

Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANADEL
SALCEDO GIL SOLEDAD
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas desde la memoria de seguimiento (31/7/2017), se han realizado:
- Fomentar colaboración por parte de la dirección de la residencia en mantener registros actualizados. Siempre citar con MAP al alta hospitalaris de los residentes, reunion realizada: 20 Septiembre 2017.
- Sesion formativa con respecto al uso de inhaladores. 1 Octubre 2017.
- Charla sobre actuación en situación de urgencia: 15 Septiembre 2017.
- Buscar mas apoyo en dirección de la residencia reunion realizada el 11 de Diciembre 2017.
- Realización de encuestas con el personal del CS: 12 Diciembre 2017.
Realización de encuestas con el personal auxiliar residencia: 12 Diciembre 2017.
- Conocer las propuestas de mejora y las dificultades de las auxiliares en el proceso: 21/Diciembre 17.
- Se han realizado reuniones informativas continuas con el EAP:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

1- Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa / N° pacientes totales de la residencia.
A fecha 1 de Mayo, 48 residentes todos con hoja de registro= 1
A fecha 31 de Julio, 51 residentes, con hoja de registro 48= 0.94
A fecha 21 de Diciembre, 50 residentes con hoja de registro 50= 1

2. Se controla la prescripcion: NO

3. N° pacientes que se automedican: 11.76% de residentes son validos y con capacidad intelectual normal.

4. Numero de sesiones dadas a las auxiliares: 2 hasta 31/7/17. 2 durante ultimo semestre.

5. Encuesta al personal del CS de Biescas: Han contestado la encuesta el 47,36% del personal.

Pregunta 1: has podido valorar la nueva hoja de registro

El 66,66% de los encuestados han podido valorarla.

Pregunta 2: Te parece adecuada El 100% opina que si.

Pregunta 3: Te ha resultado util para la valoracion del paciente.

El 100% opina que si

Pregunta 4: La has utilizado (has escrito algo en ella).

El 66,66% si la ha utilizado.

Pregunta 5: Cambiarías algo para que fuera mas util.

El 50% cambiaria algo:

- Añadir los comentarios de las cuidadoras en otra hoja o la misma.

- Actualizaciones periódicas.

- Anotaciones del medico con : Fecha nombre, observaciones.

- No siempre la entregan para valorar al paciente.

6. Encuesta al personal de la residencia " La Conchada":

Han contestado la encuesta el 100% de las auxiliares.

Pregunta 1: Has utilizado la carpeta de administracion de farmacos elaborada desde el centro de salud.

El 100% ha respondido que si.

Pregunta 2: Te resulta útil para preparar la medicacion de cada paciente.

El 90,90% ha respondido que si.

Pregunta 3: Te parece adecuada.

El 81,81% ha respondido que si.

Pregunta 4: Cambiarías algo para que fuera mas practica o facil de utilizar.

El 72,73% no cambiaria nada y el 27,27% si cambiaria algo, estas son las sugerencias:

- Método de actualización de la hoja queda emborronado y muy liso después.

- carro de medicación.

- Carpeta por programa informático.

En cuanto a sus necesidades se han advertido las siguientes sugerencias:

- 54,54% indican cursos de reciclaje. Acreditados para auxiliar de clinica sobre: Primeros auxilios y orientados a

ancianos, diabetes...

- Uso informatico para apuntar las incidencias de facil acceso al

medico.

- 27,27% Historiales ordenados.

Falta de medicación.

- 18,18% Falta de personal principalmente en el turno de

noche.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de este proyecto hemos observado la buena acogida por parte del personal de la residencia, su colaboración, interés y deseo de hacer las cosas mejor. Por otro lado a pesar de la buena predisposición de los miembros de la corporación local por realizar cambios y mejoras, observamos cierta falta de colaboración por parte de la dirección de la residencia no colaborando en la actualización del programa Excell que le ha sido dispensado para mantener registros actualizados, así como la escasa colaboración con auxiliares para facilitar su trabajo y concienciarse de la importancia de una buena administración de medicación. Por todo esto continuaremos realizando también actualizaciones del programa excell como mínimo 2 veces/año para garantizar continuidad del trabajo realizado. Con este proyecto hemos conseguido también disminuir el número de errores en la dispensación de medicación y mayor control sobre todos los residentes.

Intentaremos continuar mejorando en nuestra colaboración y en nuestros registros para garantizar un mejor cuidado de los residentes.

7. OBSERVACIONES.

Realizamos una memoria de seguimiento el 31/7/2017 que fue enviada a Dña Ana aller debido a problemas con esta plataforma y no sabemos si la han recibido ya que en el documento que nos han enviado pone memoria de seguimiento no. Gracias por su atención.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1200 ===== ***

Nº de registro: 1200

Título
PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

Autores:
CABELLO ORDUNA OLGA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL SOLEDAD, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas. Las intervenciones están dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

MÉTODO

-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación, posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos precritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de los cambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

INDICADORES

- 1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
- 2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
- 3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.

Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras.Encuesta de satisfacción.

Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1201

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES BOBE PELLICER
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO LACASTA ELENA
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. N° de reuniones : Tres reuniones con los participantes del proyecto
Reunion con el EAP para informar del proyecto (Acta 4 Abril 2017)
2. Revisión Documento para la firma del Consentimiento informado. PO-09_HU(P)E. SI
3. Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud. SI
4. Archivo específico en Admisión con los CI firmados y por orden de fecha de registro. SI .
5. Registrar e informar en la parte de "observaciones" y " flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado.
6. Primera medición indicadores trimestral a 31 Diciembre 2017 de consulta de medicina / enfermería
7. . Falta el seguimiento de medición indicadores según cronograma proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicadores:n° pacientes con CI firmado y registrado /n° consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

Medicina:(46 CI/185 DMNP)x100 = 24,8%

Enfermería:(2 CI/34 DMNP)x100= 5,8%

Pediatría:(10 CI/29 DMNP) x 100 =43,4%

El indicador medio del total de CI en DMNP =24,6 %

2. Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

_Es preciso seguir trabajando en la cobertura de los CI de esta actividad.Sobre todo en consulta de enfermería, donde la demanda de esta consulta es menor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1201 ===== ***

N° de registro: 1201

Título
MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

Autores:
BOBE PELLICER MARIA ANGELES, CALVO LACASTA ELENA, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Accesibilidad del usuario en Atención Primaria
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1201

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

PROBLEMA

La implantación de la DMNP en las todas las agendas de medicina/pediatría y enfermería/matrona del CSalud, basado en las indicaciones del "Plan Estratégico del Ministerio de Sanidad para la mejora de Atención Primaria en España 2007-2012" con el objetivo de mejorar el acceso del usuario a los servicios sanitarios evitando desplazamientos innecesarios y favorecer el trabajo de los profesionales.

Dado que la consulta telefónica es un acto clínico y por tanto con posibles efectos médico-legales, es necesario contar con el consentimiento del paciente o tutor legal. Hemos detectado la baja cobertura de los CI en este momento y las dificultades para su elaboración.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Todos los usuarios con cobertura en el CSalud, incluyendo la población pediátrica y las usuarias del servicio de matrona. En el caso de menores los tutores legales.

Objetivos:

Que durante el tiempo de diseño del proyecto el 90% de los pacientes que hayan solicitado una consulta DMNP tengan cumplimentado el consentimiento informado.

MÉTODO

1) Reunión con el Servicio Admisión y EAP para informar del proyecto.

2) Revisión de la documentación :

"Proyecto de Gestión de MNP en CS urbanos de Huesca".

Documento para la firma del Consentimiento informado. PO-09_HU(P)E.

Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud.

3) Crear un archivo específico en Admisión con los CI firmados y por orden de fecha de registro.

4) Registrar e informar en la parte de "observaciones" y "flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado, para el conocimiento entre los diferentes profesionales.

5) Dar información a los usuarios: consulta medicina/enfermería/pediatría /matrona y servicio admisión cuando se programe o se cite una consulta no presencial.

INDICADORES

1) Indicadores:

nº pacientes con CI firmado y registrado /nº consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

2) Medición de indicador con periodicidad trimestral.

3) Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado. Diciembre 2018.

DURACIÓN

1) La duración del proyecto se hará a un año.

2) Cronograma:

- Documentación e información dentro del CSalud en Junio 2017 .

- Potenciar la información en consulta/admisión y carteles informativos Julio y Agosto 2017.

- Iniciar la medición de indicadores en Enero 2018

- Finalización: en Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORO LORO JOSE MIGUEL
ACIN SAMPIETRO ANA MARIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
CORVINOS LOSCERTALES MONICA
DE LOPE ROMEO MARIA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo las actividades programadas tal y como se establecía en el calendario marcado:

- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón.
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos. Corrección de errores.
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio.
- En todos los casos abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo

Además, y tras el seguimiento intermedio que se hizo en agosto de 2017 se realizó una sesión en el centro para exponer los resultados hasta la fecha y una sesión clínica como recuerdo de técnica de realización de espirometrías y de diagnóstico de EPOC. También se depuraron listados de fumadores de entre 40 y 80 años para continuar con la búsqueda activa de posibles pacientes con EPOC sin diagnosticar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de nuestra zona de salud aumentando así su tasa de prevalencia mediante la captación activa. Antes de la implantación del proyecto la tasa de prevalencia era del 0,84%, muy por debajo de la tasa esperada según los estudios (10%). Realizando espirometrías a la mayoría de los fumadores de entre 40 y 80 años se pretendía aumentar esta tasa. Para medirla se utilizó como indicador el mismo que usa el aplicativo web de Cuadro de mandos CMCrónicos y que se actualiza semanalmente:

Indicador 1: Prevalencia EPOC:

- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

Se esperaba alcanzar el estándar del 3%

Con los datos actualizados a 24 de diciembre se ha alcanzado un 2,41% que aunque no alcanza el estándar supone un notable incremento respecto a la situación de partida

Para que esa tasa fuera lo más real posible había que hacer espirometrías a la mayor cantidad de pacientes posibles. Para ello se utilizó el indicador Espirometrías/Tabaco:

Indicador 2: Espirometrías/Tabaco

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador: Población fumadora de 40 a 80 años

La fuente de este indicador fue OMI-AP con los pacientes asignados al servicio Atención al paciente dependiente del tabaco comprobando manualmente si constaba espirometría realizada en los últimos dos años.

El estándar que se esperaba alcanzar era del 60%, que ya vimos que en la evaluación intermedia era demasiado optimista y el resultado obtenido a fecha 30 de diciembre ha sido del 28,07%

Como objetivo secundario, para tener actualizados los datos de fumadores y no fumadores, se pretendía aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población preguntando por el consumo de tabaco a los pacientes que acudían a consulta. Para medirlo utilizamos otro indicador que también facilita el Cuadro de Mandos CMCrónicos al que llamamos Detección Tabaco:

Indicador 3: Detección Tabaco

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
- Denominador Población asignada >= 15 años

El estándar que se esperaba alcanzar era del 80% y el resultado obtenido a 24 de diciembre ha sido del 72,08%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el proyecto se ha conseguido aumentar la tasa de prevalencia de EPOC que ha pasado del 0,84% al 2,41%. Si bien está por debajo del estándar marcado como objetivo, nos damos cuenta gracias al segundo indicador (Espirometrías/Tabaco) que el número de espirometrías realizadas ha sido muy inferior al que considerábamos adecuado para que el objetivo principal se pudiera cumplir. Si hubiéramos alcanzado el 60 % de fumadores con espirometría hecha probablemente habríamos detectado más casos de EPOC. Aún así estamos satisfechos pues hemos pasado del 5,78% al 28,07% de fumadores con espirometría realizada.

La tasa de detección de tabaquismo también ha aumentado del 48,88% al 72,08% y se aproxima al estándar

Consideramos que el proyecto, que se inició prácticamente en mayo y con el paréntesis veraniego, que en esta zona de salud supone un incremento desmesurado de la presión asistencial, disponía de poco tiempo para alcanzar los objetivos marcados, por lo que planteamos continuar en la misma línea durante el año 2018 donde se espera mejorar los resultados dada la experiencia adquirida por el personal en el manejo del espirómetro y la interpretación de sus resultados. Además, recientemente se nos ha proporcionado por parte de la Dirección de Atención Primaria un espirómetro nuevo, todavía sin instalar, solicitado como recurso necesario para el proyecto que presumiblemente obtendrá resultados más fiables que el actual.

En la segunda quincena de enero se realizará una sesión en el centro por parte del coordinador del proyecto para exponer los resultados y proponer continuar desarrollándolo durante el año 2018

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, LORO LORO JOSE MIGUEL, ACIN SAMPIETRO ANA MARIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, CORVINOS LOSCERTALES MONICA, DE LOPE ROMEO MARIA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población. El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca). En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados. Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo. Este proyecto tratará de implementar el subproceso "diagnóstico precoz de EPOC" expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo. De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

MÉTODO

- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirómetro completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

INDICADORES

1 Prevalencia EPOC:

- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

El estándar que se espera alcanzar es del 3%

2 Detección tabaco:

- Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
 - Denominador Población asignada >= 15 años
- El estándar que se espera alcanzar es del 80%.

Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cronicos en el apartado Acuerdo de gestión. Además incluimos el siguiente indicador:

3 Espirometrías Tabaco:

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años

El estándar que se espera alcanzar es del 60%

Fuente: OMI

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Marzo 2017

Fecha de finalización: Diciembre 2017

Cronograma:

Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.

Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y

Septiembre-Diciembre 2017 *

Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017

Evaluación Final Enero 2018

* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORO LORO JOSE MIGUEL
ACIN SAMPIETRO ANA MARIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
CORVINOS LOSCERTALES MONICA
DE LOPE ROMEO MARIA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo las actividades programadas y como se establecía en el cronograma inicial:

- Sesiones formativas sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón, realización e interpretación de espirometrías..
- Organización de agendas y horarios de realización de espirometrías
- Listados de pacientes de 40 a 80 años por cupos
- Citación de pacientes captados
- Realización de espirometrías
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterios
- En todos los casos abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo

Además, se realizó una sesión de exposición de resultados a final de 2017 y las oportunidades de mejora aparecidas y otra sesión de manejo del nuevo espirómetro instalado en los primeros meses de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de nuestra zona de salud aumentándose así su tasa de prevalencia mediante la captación activ. Antes de la implantación del proyecto la tasa de prevalencia era del 0,84%, muy por debajo de la tasa esperada según los estudios (10%)

Realizando espirometrías a la mayoría de los fumadores de entre 40 y 80 años se pretendía aumentar esta tasa. Para medirla se utilizó como indicador el mismo que usa el aplicativo web de Cuadro de mandos CMCronicos

Indicador 1: Prevalencia EPOC (Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC; Denominador: Población entre 40 y 79 años)

Se esperaba alcanzar el estándar del 3%, alcanzándose en Diciembre de 2018 un 2,62% que aunque no alcanza el estándar supone un notable incremento respecto a la situación de partida.

Para que esta tasa fuera lo más real posible había que hacer espirometrías a la mayor cantidad de pacientes posibles. Para ello se utilizó el indicador Espirometrías/Tabaco

Indicador 2. Espirometrías/Tabaco (Numerador: Fumadores de 40 a 80 años con espirometría realizada en los dos últimos años; Denominador: Fumadores de 40 a 80 años)

La fuente fue OMI-AP con los pacientes asignados al servicio Atención al paciente dependiente del tabaco comprobando manualmente si constaba espirometría realizada.

El estándar que se esperaba alcanzar era del 60% que ya en la memoria de seguimiento se demostró excesivamente optimista. Al final del periodo de evaluación el resultado ha sido del 30,02 %

Como objetivo secundario, se pretendía aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población preguntando por el consumo de tabaco. Para medirlo utilizamos otro indicador proporcionado por el Cuadro de mandos CMCronicos a que llamamos Detección Tabaco

Indicador 3: Detección Tabaco (Numerador: Pacientes >=15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los 2 últimos años; Denominador: Pacientes >=15 años)

Se esperaba alcanzar el 80% y el resultado obtenido ha sido del 81,58%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el proyecto se ha conseguido aumentar la tasa de prevalencia de EPOC que ha pasado del 0,84% al 2,62%. Si bien está por debajo del estándar marcado como objetivo, nos damos cuenta gracias al indicador 2 que no se han realizado el número de espirometrías deseadas. Aun así nos sentimos satisfechos pues hemos pasado del 5,78% al 30,02% de fumadores con espirometría realizada.

La tasa de detección del tabaquismo también ha aumentado del 48,88% al 81,58% alcanzando el estándar.

Consideramos que el proyecto iniciado hace 2 años con 2 paréntesis veraniegos de máxima presión asistencial y con el problema añadido del cambio de equipos informáticos que supusieron la necesidad de reinstalar en varias ocasiones el software del espirómetro con un largo periodo de inactividad, pese a no llegar al estándar ha supuesto que todo el equipo se comprometa y tenga presente la realización de espirometrías a los fumadores por lo que damos por finalizado el proyecto pasando a ofertarlo como parte de la cartera de servicios del Centro de Salud de Broto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, LORO LORO JOSE MIGUEL, ACIN SAMPIETRO ANA MARIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, CORVINOS LOSCERTALES MONICA, DE LOPE ROMEO MARIA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población. El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca). En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados. Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo. Este proyecto tratará de implementar el subproceso "diagnóstico precoz de EPOC" expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo. De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

MÉTODO
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

INDICADORES
1 Prevalencia EPOC:
- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
El estándar que se espera alcanzar es del 3%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

2 Detección tabaco:

-Numerador: Pacientes \geq 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años

- Denominador Población asignada \geq 15 años

El estándar que se espera alcanzar es del 80%.

Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cmcronicos en el apartado Acuerdo de gestión

Además incluimos el siguiente indicador:

3 Espirometrias Tabaco:

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años

- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años

El estándar que se espera alcanzar es del 60%

Fuente: OMI

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Marzo 2017

Fecha de finalización: Diciembre 2017

Cronograma:

Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.

Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y

Septiembre-Diciembre 2017 *

Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017

Evaluación Final Enero 2018

* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE MIRIAM CABELLUD LASIERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAÑEN
· Localidad GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFRAGUETA PUENTE BELEN
GAVIN ANGLADA NATIVIDAD
PUY CABRERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar hubo una recogida de la demanda realizada por la presidenta de las amas de casa de uno de los municipios pertenecientes al centro de salud. Se expuso dicha propuesta en una reunión de equipo del centro y se formó el equipo de trabajo para el proyecto formado por 4 personas.

Se fueron realizando búsquedas individuales de bibliografía y de soporte audiovisual para su posterior puesta en común en las reuniones del equipo. Estas reuniones solían tener una duración de una hora con una periodicidad semanal a lo largo de 2 meses.

Realizamos una presentación power-point con texto e imágenes para intentar facilitar la comprensión de los asistentes. Además, grabamos un vídeo interpretado por personal del centro de salud, en el que se representa una situación cotidiana llevada en clave de humor a la exageración. Durante la charla, también realizamos un pequeño taller práctico con envases de medicamentos que se reparten entre todos los asistentes. Así mismo, dejamos un espacio para la reflexión y dudas.

Una vez terminado, se repartieron las tareas que cada miembro del equipo iba a realizar durante la charla y se hizo una primera presentación (el 5 de Mayo de 2017) al equipo del centro de salud para que aportasen su opinión y sugerencias. Unos días después impartimos la charla en la asociación de las amas de casa de donde había surgido la demanda y nos fuimos poniendo en contacto con las asociaciones del resto de núcleos de la zona de salud de Grañén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar el grado de consecución del objetivo planteado, utilizamos una encuesta que se pasa antes de comenzar la charla y una vez terminada esta y que consta de 6 preguntas con 4 opciones posibles de respuesta. Una vez analizados los datos obtenidos en estas encuestas (previa y posterior) y comparados entre sí, observamos que después de la charla, hay una mejora de los conocimientos de un 21% de media en cuanto a los contenidos de la misma (¿qué es un medicamento?, uso racional del medicamento, automedicación, polimedicação e incumplimiento terapéutico), llegándose a alcanzar un 30% en alguna de las preguntas. Hemos detectado una alta respuesta por parte de la población con una buena afluencia a las charlas. Una mejora en la comunicación con los profesionales sanitarios. Un mayor conocimiento para lograr una automedicación responsable.

Existe una limitación en los objetivos a alcanzar por problemas de horario (que dificultan la asistencia a la población más joven) físicos e intelectuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de devolver la información. Realizar más dinámicas activas para fomentar la participación de los asistentes. Contactar con los farmacéuticos de la zona y con Salud Mental para que nos aportasen sus ideas y problemas detectados que pueden ser distintos a los nuestros. La evaluación se ha visto sesgada por las características propias de la mayoría de los asistentes (edad avanzada, dificultades sensoriales, analfabetismo...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Autores:
CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, PUY CABREO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población en general y pacientes crónicos y polimedicados en particular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

MÉTODO
Se realizarán charlas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

INDICADORES
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

DURACIÓN
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE NATIVIDAD GAVIN ANGLADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAÑEN
· Localidad GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABIO SARRATE MARIA PILAR
FUERTES ESTALLO MARIA
NOGUES SEN MARIA LOURDES
PUY CABRERO ALICIA
MENDOZA ESCUER ANA MARIA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado CUATRO actividades en la comunidad relacionadas con el proyecto HABLEMOS DE MEDICAMENTOS. La actividad está dividida en 3 partes, a saber: 1. Presentación y explicación mediante power-point de los aspectos más relevantes relacionados con los medicamentos para usuarios. 2. Visionado de un video de rol playing de la actuación de usuarios en una consulta médica y 3. Acción y juego participativo de los asistentes. En todas las sesiones se han incluido acciones para facilitar la participación de los asistentes, parte 3, como son: 1. Debatir sobre las conductas inadecuadas que se observan en el video mostrado y 2 mediante la realización de un juego en el que las personas asistentes, al final de la exposición y agrupadas en grupos, tratan de emparejar cada una de las definiciones que se han expuesto con su correspondiente etiqueta del concepto definido (rotulada en una cartulina), como por ejemplo: tolerancia, medicamento.... También se propone en cada una de las sesiones que en sucesivas reuniones que tengan en su comunidad o asociación realicen un dibujo relacionado con esta actividad, de forma que les invite a la reflexión y al mismo tiempo se pueda confeccionar un poster-colas con los mismos que promueva así la difusión de esta acción. Las acciones se desarrollaron los días: 19/06, 07/11, 26/11 y 17/12/2018, en Sodeto, Grañén, Frula y Robres respectivamente. Los asistentes en total han sido 89 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.
Valor de Indicadores

Porcentaje de asistentes que reflejan en la encuesta después de la charla un entendimiento de la información que aparece en las cajas de los medicamentos como "bastante" o "mucho" .
Estándar: >85%
Resultado: 79,01%

Porcentaje de asistentes que reflejan en la encuesta después de la charla que creen que es "bastante" o " muy importante" conservar la presentación a la hora de tomar un fármaco.
Estándar: > 90%
Resultado: 95,89%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estas acciones Centro de Salud-Comunidad fortalecen el establecimiento de un mayor vinculo con los "activos de la comunidad" y acercan los temas sanitarios a la población. La organización la lleva a cabo la asociación de Amas de Casa lo que condiciona que la mayor parte del auditorio son mujeres y en su mayoría mayores de 65 años, y muchas de ellas de edad muy avanzada. No se consigue alcanzar el objetivo de entendimiento de la información que aparece en las cajas de medicamentos (nos proponíamos > 85%, y solo alcanzamos un 79,01% de las personas que tras la actividad refieren entenderla "bastante o mucho"). Este dato puede estar afectado por dos aspectos: 1. El nivel de conocimientos de partida de la información que aparece en las cajas de medicamentos es muy baja, únicamente el 33,3% de los asistentes refiere entenderla "bastante o mucho", por lo que observamos una elevación del nivel de conocimientos muy significativo, aunque eso sí en el plazo inmediato y 2. El ya mencionado de asistentes de edades muy avanzadas. Para acciones posteriores se hará hincapié en las informaciones más relevantes que aparecen en la caja de los medicamentos (nombre comercial, dosis, conservación) obviando aquellas otras que puedan resultar más complejas (código identificativo...).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1275 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Autores:
CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, PUY CABREO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población en general y pacientes crónicos y polimedicados en particular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

MÉTODO
Se realizarán charlas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

INDICADORES
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

DURACIÓN
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

RREALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR
TORRERO BESCOS SUSANA
MONTON AGUARON NOELIA
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO 24 ESTUDIOS A PACIENTES DE UNA POBLACION DIANA DE 39 PACIENTES (61.6%).
LAS PERDIDAS EN EL ESTUDIO HAN SIDO: 4 DEFUNCIONES Y 2 PERSONAS QUE HAN CAMBIADO DE DOMICILIO. ADEMAS 9 PERSONAS HAN SIDO RETIRADAS DEL ESTUDIO POR UN DETERIORO FISICO O COGNITIVO SEVERO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EN EL 87.5% DE LOS PACIENTES, TRAS LA PRUEBA, HAN SEGUIDO CON EL MISMO TRATAMIENTO, AL ESTAR BIEN CONTROLADOS.
EN 12.5% DE LOS PACIENTES EL ESTUDIO HA PERMITIDO DISMINUIR LOS FARMACOS A UTILIZAR.
HASTA EN UN 30% DE LOS CASOS, LO QUE SE HA HECHO ES UN REAJUSTE HORARIO EN LA TOMA DE LOS FÁRMACOS, AL CONSTATAR UN RITMO NO DIPPER.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS RESULTADOS NOS TRANQUILIZAN EN GENERAL AL VER QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES ESTÁN BIEN TRATADOS Y CONTROLADAS SUS CIFRAS TENSIONALES, Y QUE SOLO EN ALGUNOS CASOS HAY QUE REAJUSTAR HORARIAMENTE LA TOMA DE LOS FARMACOS.

7. OBSERVACIONES.

AL TRATARSE DE UNA POBLACION DE AVANZADA EDAD, EN SU MAYORIA, LA TOLERANCIA AL DISPOSITIVO HA PROVOCADO ALGUNA QUEJA, PRINCIPALMENTE DE INTERFERENCIA CON EL SUEÑO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Autores:
VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, TORRERO BESCOS SUSANA, MONTON AGUARON NOELIA, DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El problema se detecto en la revisión del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

RREALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

principalmente en pacientes polimedicados

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise algun modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

MÉTODO

Realizar un MAPA a toda la población diana

Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermería, Admisión, y Atención continuada

INDICADORES

Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana

Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

DURACIÓN

Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo

Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo, en los 3 cupos

Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones

Junio 2017 Finalizacion del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

28-4-17 Se han realizado 11 estudios, empezamos mas tarde por problemas con el bluetooth del aparato. Los resultados muestran el buen control de las cifras tensionales en la mayoría de los pacientes, siendo solo necesaria modificar la franja horaria en la toma de los fármacos, por ritmo no dipper en 3 de los pacientes, menos de un 25%, en los 8 restantes no se ha modificado la pauta de tratamiento.

31-8-17 En este cuatrimestre se han realizado 8 estudios, en 6 casos (75%) no se ha modificado el tratamiento, y en los otros dos: en uno de ellos se ha ajustado la toma en franja horaria por ritmo no dipper, y en el otro se han suprimido medicamentos por encontrarse valores muy bajos de TA.

28/12/2017 En este cuatrimestre hemos realizado 5 estudios, en 2 de los casos (40%) se ha tenido que modificar la franja horaria de la toma de los fármacos y en 1 caso (20%) se ha comprobado que la TA estaba mal controlada y se ha cambiado el tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este estudio lo planificamos para llevarlo a cabo durante 2 años, y empezamos tarde por problemas con el manejo del aparato al principio.

La población diana era de 52 personas, pero hemos tenido que descartar a 6 personas, principalmente un deterioro cognitivo severo que dificultaba el desarrollo de la prueba.

De los 24 MAPAS realizados, 17 de ellos demostraban un buen control de la TA en todas las franjas horarias, aunque ha sido una tónica bastante común el observar un ritmo no dipper.

De los 7 MAPAS que denotaban un buen control, en 5 de ellos la solución parecía estar en modificar la hora de la toma de los fármacos antihipertensivos, intentando así lograr un ritmo dipper.

Los otros 2 MAPAS de mal control tensional han sido bien distintos: 1 de ellos demostraba unas cifras tensionales muy bajas, que han permitido retirar alguno de los fármacos.

En el otro caso las cifras tensionales estaban muy mal controladas, optando por cambiar la terapia antihipertensiva.

Pensamos que los resultados obtenidos son muy importantes para controlar a nuestros pacientes hipertensos e intentar así evitar las complicaciones de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los miembros del EAP hemos aprendido mucho del manejo del aparato y de su lectura e interpretación.

Continuaremos durante 2018 con los pacientes que faltan de estudiar.

7. OBSERVACIONES.

5.- SITUACIÓN AL FINAL DEL PROYECTO: RESULTADOS ALCANZADOS
Objetivos esperados

Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos médicos de la HT y de medidas higiénico dietéticas, principalmente en pacientes polimedicados

Valor de Indicadores

24 Monitorizaciones realizadas/ sobre 46 personas de población diana

1. Numero de monitorizaciones realizadas /población diana = % ¿?

7 pacientes mal controlados/ de 24 mapas realizados

2. Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados = % ¿?

5 pacientes se modifica la franja horaria de la toma de antihipertensivos/ 7 pacientes mal controlados

2 pacientes se cambia el tratamiento/ sobre 7 pacientes mal controlados.

3. Numero pacientes con tratamiento modificados / pacientes mal controlados = % ¿?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Autores:
VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, TORRERO BESCOS SUSANA, MONTON AGUARON NOELIA, DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto en la revisión del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas, principalmente en pacientes polimedificados

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise algun modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

MÉTODO
Realizar un MAPA a toda la población diana
Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermería, Admisión, y Atención continuada

INDICADORES
Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana
Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

DURACIÓN
Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo
Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo, en los 3 cupos

Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones
Junio 2017 Finalizacion del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1139

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR ZUBIAURRE BASSAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los talleres han tenido una aceptación excelente por parte de la población adulta y anciana de las localidades de Hecho y Anso. Este se realizó en el CS Hecho y en Anso. La asistencia será voluntaria y se comunicará a través de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando día y hora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los talleres han tenido una aceptación excelente por parte de la población femenina, todas las asistentes fueron mujeres.
ANSO 36 mujeres
HECHO 52 mujeres
Total 88 mujeres de la zona de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido positiva la captación directa en la consulta, dado que los carteles informativos, apenas dieron resultados.
Exposición del tema
Entrega de material impreso
Realización de ejercicios
Puesta en común

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1139 ===== ***

Nº de registro: 1139

Título
TALLER DE ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA MOVILIZACION DE COLUMNA CERVICAL Y EXTREMIDADES SUPERIORES

Autores:
ZUBIAURRE BASSAS PILAR, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Socialización población

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado un número elevado de personas que manifiestan molestias articulares y limitación de movilidad de extremidades superiores. Aprovechando esta situación y de cara a la socialización de las personas mayores, se decide organizar un taller de educación grupal para realizar y enseñar ejercicios físicos de columna cervical y cintura escapular.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1139

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Enseñar ejercicios físicos de columna cervical y extremidades superiores con el fin de aumentar la movilidad articular, disminuir el dolor y potenciar el encuentro entre pacientes aumentando su socialización y calidad de vida

MÉTODO

Se ofrecerá el taller a la población adulta de 70 a 80 años.

Hemos tenido en cuenta que son la edad más frecuentadora y con más incidencias de patología osteoarticular

La asistencia será voluntaria y se comunicara a través de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando día y hora .

Se realizara un encuentro trimestral en los consultorios de Hecho Y Anso, ofreciéndolos a todas las localidades de la zona e salud

Lo dirigirá el personal de enfermería

INDICADORES

Nº pacientes asistentes en Hecho /población de 70-80 años

Nº pacientes asistentes en Anso/población de 70-80 años

DURACIÓN

El 1º taller en el 1º trimestre 2017

El 2º y 3º taller en los trimestres correspondientes

El 4º taller, en el último trimestre del año se finalizará y evaluaremos los resultados

OBSERVACIONES

Estará dirigido a un grupo entre 10-15 personas por taller

En caso de mayor afluencia se repetiría el taller

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO CASADO ORTIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Toma de contacto con los trabajadores de las 2 residencias pasándoles un pequeño cuestionario de 20 preguntas, con respuestas de Verdadero o Falso, que reafirmen lo explicado el año pasado en conceptos básicos de DM II.
2. Continuaremos con un ejercicio práctico, oral, en el que repasaremos los conceptos de: Hipoglucemia, como reconocerla, como iniciar su tratamiento, y cuidado del pie diabetico.
3. Entregaremos material escrito en el que se detallan los signos de alarma del pie diabético y su cuidado necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. 16 participantes
2. El porcentaje de respuestas correctas es muy elevado, ronda el 85%, y los errores se han debido especialmente a la redacción, en ocasiones engañosa, de las preguntas.

También hemos insistido, y los conceptos han quedado claros, de las normas de actuación en los casos de hipo e hiperglucemia, que puedan darse en las residencias de ancianos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos con los resultados, en general los conocimientos básicos de la enfermedad están garantizados.
Esperamos que esto redunde en un mejor cuidado del pie diabetico, en particular, y en la disminucion de las complicaciones de esta enfermedad.
Continuidad de la formacion de los trabajadores, con el desarrollo de una reunión anual, dado que pueden cambiar los trabajadores de las mismas, o para reforzar los conocimientos, dejando siempre una puerta abierta y fácil para comentar cualquier duda o problema que se vayan presentando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título
EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Autores:
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL,
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

PROBLEMA

La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana. Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso
Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada, higiene meticulosa y cuidados de los pies, así como el manejo de administración de fármacos e insulina

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higiénico, dietético y farmacológico de los pacientes diabéticos

MÉTODO

Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

INDICADORES

Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN

1º taller en Mayo 2017 en Hecho
1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho

Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL GAVIN BLASCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charlas en forma de taller en las dos residencias de ancianos(Anso y Hecho)

Dos en cada residencia en 2016, una en 2017.

Objetivo aumentar la formacionde los cuidadores en el manejo y complicaciones de pacientes con este tipo de patologia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se paso un cuestionario de conocimientos previos al taller y al mes se volvio a pasar . Aumento el numero de respuestas correctas al 85%

Mejoro la respuestade los cuidadores ante situaciones de complicacion de los pacientes .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. 16 participantes

2.El porcentaje de respuestas correctas es muy elevado 85% y los errores,segun ibamos corrigiendo,se debio dar mas a preguntas un poco engañosas.

3.Estamos muy satisfechos de los resultados,en general los conocimientos basicos de los cuidados estan garantizados.

Ha quedado claro normas de actuacion en hiper/hipoglucemia, cuidado de los pies.

Muy buena disposicion de los participantes.

Hemos dejado puerta abierta para comentar dudas o dificultades que se presnten

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Autores:

CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana.Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso

Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada,higiene meticulosa y cuidados de los pies, asi como el manejo de administración de fármacos e insulina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higienico, dietético y farmacológico de los pacientes diabeticos

MÉTODO

Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

INDICADORES

Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN

1º taller en Mayo 2017 en Hecho

1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho

Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR MINGUEZ SORIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDEA DORADO CARMEN
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
IZUEL PEREZ LOURDES
LOPEZ CORTES VIRGINIA
PUENTE GALAN MARIA RAFAELA
SANCHEZ SANZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. El 22.09.16 se realizó la sesión clínica en la que se comunicó al EAP del CS de Jaca el proyecto de Plan de Mejora de Calidad para el consultorio de CANFRANC -ESTACIÓN
2. Se realizaron varios carteles que se colgaron en la sala de espera del consultorio indicando:
La necesidad de citarse antes de acudir a la consulta y la obligatoriedad de acudir al Centro de Salud de Jaca para darse de alta como desplazado en aquellos en cuya tarjeta sanitaria no conste el médico de Canfranc
3. Se han entregado tarjetas informativas con los teléfonos de Cita Previa, Consultorio Médico y Servicio de Urgencias de atención continuada, indicando los horarios de consulta, habiéndose repartido en el Centro de Salud, en el consultorio médico de Canfranc, en la farmacia del pueblo, en el Ayuntamiento y en la oficina de Turismo de Canfranc.
4. Se realizaron adhesivos para colocarlos en el dorso de las tarjetas de los pacientes en los que su tarjeta no contiene la información sobre el teléfono de cita previa
5. Se realizó una campaña de concienciación por parte de los profesionales del consultorio para que los pacientes conozcan la importancia de la cita previa, informando así mismo al Ayuntamiento, Oficina de Turismo y oficina de farmacia de Canfranc, para que recalquen a los usuarios que soliciten asistencia médica, la importancia de la cita previa.
6. Además, desde la Dirección de AP, se gestionó la inclusión en la parte de atrás de las nuevas tarjetas sanitarias de los pacientes de Canfranc y en la documentación de paciente desplazado, del número de teléfono de la cita previa del CS de Jaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores previos a las acciones realizadas revelaron que más del 39% de los pacientes que acudían a la consulta a demanda, no solicitaban cita previa.
Un año después de la aplicación de estas medidas el porcentaje es del 35%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todavía no es valorable la estadística por haber aplicado estas medidas paulatinamente a lo largo de todo un año. En principio no ha sido una mejora espectacular, pero el hecho de haber mejorado ya nos da fuerza para seguir intentando mejorar este aspecto de la consulta.
Las costumbres en los pueblos pequeños son difíciles de cambiar pero sobre todo es importante saber que ¡el cambio es posible!

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto de mejora fue valorado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca en Julio de 2017 con la asesoría de la Directora de Enfermería y la Directora de Personal Administrativo y de gestión de Tarjeta Sanitaria, cambiándole el título a:
MEJORA EN LA ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

También se cambiaron algunas acciones a desarrollar, eliminando las correspondientes a la gestión por parte de la DAP de la documentación de la parte de atrás de la tarjeta sanitaria, por no pertenecer a las competencias del EAP.

Todas estas variaciones se trasladaron en Julio de 2017 a la Entidad de Gestión de Proyectos aunque finalmente dichos cambios no han sido publicados de nuevo en la página de proyectos aceptados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/390 ===== ***

Nº de registro: 0390

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

Autores:

MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ CORTES VIRGINIA, ALDEA DORADO CARMEN, SANCHEZ SANZ JESUS, PUENTE GALAN MARIA RAFAELA, IZUEL PEREZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La idea de que podemos mejorar la gestión de las consultas debe ser una constante. Una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente 2 herramientas fundamentales: Los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo). Las agendas deben ajustarse a la realidad de cada ámbito y no al deseado. La cita previa no sirve para disminuir la demanda, sino para ordenarla, siendo una herramienta imprescindible para el correcto desarrollo de una consulta de atención primaria.

En el consultorio de Canfranc-Estación, los pacientes acuden en un alto porcentaje sin citar.

Realizando un estudio estadístico de los pacientes que acudieron a dicho consultorio desde Noviembre de 2015 a Agosto de 2016 se observa que el 36,26% de los que acuden en situación de demanda a la consulta de medicina y mayor porcentaje en la consulta de enfermería (excluyendo consultas domiciliarias, urgencias, consultas programadas y administrativas) acuden sin pedir cita.

Consultando con los usuarios no citados refieren que las causas son:

1. En la parte de atrás de la tarjeta de los pacientes pertenecientes al cupo de Canfranc - Estación, no está registrado ningún número de teléfono de cita previa, tan solo consta el del consultorio
2. No están acostumbrados y no conciben la importancia de la cita previa
3. Gran afluencia de pacientes desplazados (trabajadores eventuales durante unos meses en periodos estacionales) y turistas que pasan algunos días en la zona, desconocedores del sistema.
4. Dichos desplazados no saben el teléfono para citarse entre otras causas por:
 - En su hoja de desplazado no consta el teléfono para citas, sino sólo el del consultorio
 - Muchos de ellos no tienen tarjeta de desplazado y consultan en la página web de la Estación de Canfranc donde solo consta el número del consultorio.
 - Otros telefonan bien al número de teléfono de cita previa del CS de Jaca pero, al estar con frecuencia la línea ocupada, son respondidos por un contestador automático que les remite al número de la web SALUD INFORMA -CITA PREVIA: 902 555321 que no admite a ningún paciente que no pertenezca a esta zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Una correcta organización de la consulta con adecuada gestión de la demanda y del tiempo, en la que lo habitual sea acudir con cita previa.

MÉTODO

- 1) Cambiar la información de los números de teléfono que constan en la parte de atrás de la tarjeta sanitaria incluyendo el de la cita previa del Centro de Salud de Jaca y los de urgencias: El del consultorio y el del centro de salud de Jaca.
- 2) Cambiar también la información de los números de teléfono en la hoja que se entrega a los pacientes desplazados
- 3) Incluir dichos números de teléfono en unas tarjetas informativas, en la que también se indicarán los horarios de consulta y que se dejarán en la oficina de Turismo de Canfranc.
- 4) Colocar en la página web de Canfranc información al respecto
- 5) Cambiar el contestador del centro donde indica que pueden llamar al teléfono de Salud-Infirma y especificar "excepto desplazados".

INDICADORES

Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de una nueva estadística después de haber realizado todas las acciones antes mencionadas.

DURACIÓN

El 22.09.16 Reunión del EAP para diseño y realización del proyecto de mejora.
En Septiembre de 2017 valoración de resultados y cierre del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTAUN BUETAS EVA MARIA
GALINDO RUBIO CARLOS
GIMENO ARNAL AMALIA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
LOPEZ FERNANDEZ AMPARO
MINGUEZ SORIO MARIA PILAR
PEREZ VELASCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.Charla inicial (Junio 17) proponiendo y explicando el desarrollo de un proyecto de mejora que consiste en un protocolo para el control del carro de paradas y del maletín de urgencias, que se inicia en el CS de Jaca, dirigida a todo el personal del centro de Salud
2. Diseño de los listados (Julio-Agosto 17) con la descripción cuantitativa y cualitativa de los fármacos y el material a incluir en dicho Carro de Paradas y en el Maletín de Urgencias.
3.Desarrollo de un protocolo de revisiones de caducidades y existencias de dichos fármacos por parte del personal (Septiembre 17):
a) Listados de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos del Servicio Aragonés de Salud.
b) Mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten. Esta actividad como mínimo debe comprender:
?-Comprobar el stock mínimo de productos sanitarios acordado en el EAP localizados en el carro de paradas y maletín de urgencias.
?-Se comprobarán periódicamente las caducidades de las medicaciones y del material sanitario. Existe un registro de caducidades que se gestiona por parte de los responsables de enfermería.
?-La revisión habitual del carro de paradas y maletín de urgencias que resulte sin hallazgos conllevará la consignación y firma en el registro correspondiente.
?-Siempre que se detecte alguna irregularidad o situación susceptible de mejora se cumplimentará en el registro de incidencias. Esto incluye fundamentalmente la ausencia o la caducidad de un medicamento o un producto sanitario descubierta en el momento de una atención sanitaria.
4.Se ha realizado una Sesión Clínica exponiendo al personal del CS el protocolo concreto y las actividades a realizar (Octubre 17).
5.Se ha realizado el control y registro de las actividades protocolizadas, así como de las incidencias durante las mismas quedando pendiente la estadística del proceso por ser todavía corto el periodo de tiempo a evaluar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el C.S de Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque redactar y desarrollar el protocolo ha llevado mucho esfuerzo de consenso de los distintos profesionales así como revisiones bibliográficas y reuniones de trabajo en equipo, ahora todo el personal del centro se siente orgulloso de este protocolo, teniendo siempre a disposición del Centro de Salud, un maletín de urgencias revisado y un carro con su contenido preparado para cualquier urgencia vital, siendo hasta ahora mínimas las incidencias. De momento queda pendiente la estadística con los indicadores por llevarse a cabo desde hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1326 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Nº de registro: 1326

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Autores:
PALACIN ALASTUEY ISABEL, MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, ESTAUN BUETAS EVA MARIA, GALINDO RUBIO CARLOS, GIMENO ARNAL AMALIA, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ FERNANDEZ AMPARO, PEREZ VELASCO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

MÉTODO

I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

INDICADORES

Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. N° de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / N° de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. N° de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / N° de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

DURACIÓN

Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017

Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017

Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.

Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras

Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca

Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

OBSERVACIONES

Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MINGUEZ SORIO MARIA PILAR
ESTAUN BUETAS EVA MARIA
GALINDO RUBIO CARLOS
GIMENO ARNAL AMALIA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
LOPEZ FERNANDEZ AMPARO
PEREZ VELASCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Charla inicial (Junio 17) proponiendo y explicando el desarrollo de un proyecto de mejora que consiste en un protocolo para el control del carro de paradas y del maletín de urgencias, que se inicia en el CS de Jaca, dirigida a todo el personal del centro de Salud
2. Diseño de los listados (Julio-Agosto 17) con la descripción cuantitativa y cualitativa de los fármacos y el material a incluir en dicho Carro de Paradas y en el Maletín de Urgencias.
3. Desarrollo de un protocolo de revisiones de caducidades y existencias de dichos fármacos por parte del personal (Septiembre 17):
 - a) Listados de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos del Servicio Aragonés de Salud.
 - b) Mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesitan. Esta actividad como mínimo debe comprender:
 - Comprobar el stock mínimo de productos sanitarios acordado en el EAP localizados en el carro de paradas y maletín de urgencias.
 - Se comprobarán periódicamente las caducidades de las medicaciones y del material sanitario. Existe un registro de caducidades que se gestiona por parte de los responsables de enfermería.
 - La revisión habitual del carro de paradas y maletín de urgencias que resulte sin hallazgos conllevará la consignación y firma en el registro correspondiente.
 - Siempre que se detecte alguna irregularidad o situación susceptible de mejora se cumplimentará en el registro de incidencias. Esto incluye fundamentalmente la ausencia o la caducidad de un medicamento o un producto sanitario descubierta en el momento de una atención sanitaria.
4. Se ha realizado una Sesión Clínica exponiendo al personal del CS el protocolo concreto y las actividades a realizar (Octubre 17).
5. Se ha realizado el control y registro de las actividades protocolizadas, así como de las incidencias durante las mismas quedando pendiente la estadística del proceso por ser todavía corto el periodo de tiempo a evaluar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el C.S de Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque redactar y desarrollar el protocolo ha llevado mucho esfuerzo de consenso de los distintos profesionales así como revisiones bibliográficas y reuniones de trabajo en equipo, ahora todo el personal del centro se siente orgulloso de este protocolo, teniendo siempre a disposición del Centro de Salud, un maletín de urgencias revisado y un carro con su contenido preparado para cualquier urgencia vital, siendo hasta ahora mínimas las incidencias.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1326 ===== ***

Nº de registro: 1326

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Autores:
PALACIN ALASTUEY ISABEL, MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, ESTAUN BUETAS EVA MARIA, GALINDO RUBIO CARLOS, GIMENO ARNAL AMALIA, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ FERNANDEZ AMPARO, PEREZ VELASCO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

MÉTODO

I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentren en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

INDICADORES

Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. N° de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / N° de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. N° de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / N° de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

DURACIÓN

Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017

Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017

Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.

Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras

Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca

Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

OBSERVACIONES

Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1146

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ELENA PEREZ TURRAU
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS
DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA
MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Distribución de las zonas de salud SIN TSSanitario.
- Determinación de los recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la ficha.
- Determinación del SSBBase correspondiente a cada localidad.
- Reuniones de trabajo de losTTSS sanitarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Ayerbe.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Berdún
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Biescas.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Huesca Rural.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Sabiñanigo.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Hecho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha permitido al equipo de Trabajadores Sociales Sanitarios tener una toma de contacto y coordinación con profesionales del ámbito de los servicios sociales, a la vez de hacer una reactualización de los recursos sociales en las diferentes zonas de salud, poniendo al día la información relativa a ellos: direcciones, contactos, permanencias...

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1146 ===== ***

Nº de registro: 1146

Título
ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
PEREZ TURRAU ELENA, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS, DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Potencialmente todo tipo de patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto Asistencial por Unidades funcionales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROPUESTO POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL AL NO HABER TS SANITARIO EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR.
NECESIDAD DE DISPONER DE INFORMACION BASICA SOBRE RECURSOS SOCIALES EN EL SECTOR.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información social básica a los profesionales sanitarios de las zonas de salud donde no hay TS sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1146

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

MÉTODO

- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS .
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social.
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha.
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad
- Reuniones de trabajo de los TTSS sanitarios

INDICADORES

- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Existe una Ficha de Recursos Sociales básicos SI-NO
- Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS . Se han distribuido SI-NO
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social.Se han concretado todas las zonas de salud sin TS sanitario SI-NO
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha. Se ha cumplimentado la Ficha de recursos sociales basicos SI-NO
- Difusión. Disposición de la información en la WEB del sector sanitario de Huesca. Desde la Dirección de Atención Primaria se ha remitido a cada centro de salud su Ficha correspondiente SI-NO

DURACIÓN

- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.Octubre 2016 - Enero 2017
- Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS . Enero 2017
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social. Enero-Febrero 2017
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha. Marzo 2017
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad. Abril 2017

OBSERVACIONES

Este Proyecto forma parte de los Acuerdos de Gestión Clínica planteados a los trabajadores sociales del sector Huesca

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1714

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SANTOLARIA UBIETO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cálculo de horas para adecuar el personal de AC y evitar contrataciones externas

Registro en la DAP de todas las incidencias de los profesionales para poder medir indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Permisos asumidos por personal de atención continuada/permisos asumidos por contrataciones de bolsa en 9 de los EAP marcados como objetivo.

No incremento del gasto del Capítulo 1 el aumento ha sido en el SECTOR del 1,68%*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha servido para mejorar la organización de los equipos, sobre todo de enfermería ya que se ha dado más valor a la continuidad que al hecho de sustituir. Deberíamos intentar reflejar esta continuidad en los resultados de objetivos, proyectos

7. OBSERVACIONES.

* Este es el dato del Sector, tendríamos que restar el capítulo 1 de los 4 centros excluidos en el Proyectos (Urbanos y Huesca Rural)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1714 ===== ***

Nº de registro: 1714

Título
MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DEL PERSONAL DEL EAP

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, RIVERA FUERTES ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, CEREZUELA SAMPER CARMEN, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Irregular cobertura de permisos con contrataciones de personal parqa sustituciones a días sueltos, muchas veces sin conocimiento de AP, ni de OMI-AP u otros programas y procedimeintos, ni conocimiento de las ZBS y forma específica de trabajar del sector.

Baja cobertura de sustituciones por el personal MAC y EAC de los permisos del EAP.

Dificultad para encontrar facultativos para sustituciones en contratos precarios (días, semanas)

Existencia de una bolsa única para el personal de enfermería, que o permite discriminar por conocimientos del AP a los profesionales en ella inscritos

Precariedad de los contratos ofrecidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1714

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP

RESULTADOS ESPERADOS

Con el proyecto intentamos garantizar la continuidad asistencial y minimizar la precariedad laboral en el sector. Tener profesionales formados en AP y que garanticen la continuidad y la totalidad de la cartera de servicios en AP, minimizando el impacto de las ausencias de los profesionales habituales en la salud de la población atendida.

MÉTODO

Ver análisis.

INDICADORES

Permisos asumidos por el personal de Atención Continuada vs permisos asumidos por contrataciones externas (bolsa)
No incremento del capítulo I

DURACIÓN

2017-2018

OBSERVACIONES

quedan excluidos de esta gestión de RRHH los 3 centros urbanos y Huesca Rural, dado que la centralización de los 4 en un único PAC, y el elevado número de profesionales a sustituir, hacen imposible esta gestión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE GEMMA GABAS GALLEGO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
ORDAS BITRIAN MERCEDES
MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION
GIMENO PRADAS MARIA ROSA
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE
ANORO MONCAYOLA CARMEN
ESPEJO LORENTE MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado todas las salidas a caminar previstas, nuestros grupos no se organizan según año natural sino según año escolar. El 1º grupo que es el que se vamos a evaluar, inicio la actividad el 4 de Octubre del 16 y la finalizó el 15 de Junio del 17 e hicieron 3 periodos.

El primer periodo se inició el 4 Octubre de 2016 y finalizó el 20 de Diciembre de 2016, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 22 salidas. Iniciaron la actividad 21 participantes y la terminaron 27 ya que se sumaron 8 participantes a lo largo del trimestre. De los 21 participantes que iniciaron la actividad solamente la abandonaron 2. Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro

El 6 de Octubre Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud dio una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.

El 24 de Noviembre Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre suelo pélvico.

Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro.

El segundo periodo se inició el 10 de Enero de 2017 y finalizó el 6 de Abril de 2017, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 26 salidas. Iniciaron la actividad 27 participantes y la terminaron 30 ya que se sumaron 4 participantes a lo largo del trimestre. De los 27 participantes que iniciaron la actividad solo abandono 1

El 12 de Enero Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud dio una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.

El 23 de Febrero Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre suelo pélvico.

El 6 de Abril Lorena Ornaque, alumna de 4º de Nutrición impartió una charla a los participantes sobre Nutrición.

El tercer periodo se inició el 25 de Abril de 2017 y finalizó el 15 de Junio de 2017, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 16 salidas. Iniciaron la actividad 25 participantes y la terminaron 26 ya que se sumó 1 participante a lo largo del periodo.

Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro El 2 de Mayo Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud impartió una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.

El 15 de Junio Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre Menopausia.

Reuniones organizativas y de comunicación:

El 12 de Setiembre del 16, 19 dic del 16 y el 3 de Abril del 17, reunión del Personal de enfermería, Trabajador social y jefa del servicio de admisión convocada por la responsable del programa para organizar las carteleras de las personas que acompañan cada día a los participantes. Así mismo ha habido otra reunión el 25 de setiembre del 17 para para organizar las carteleras de acompañantes del nuevo grupo que inicia la actividad el 3 de Octubre.

El 17 de Setiembre del 16, el 12 de Enero del 17, el 21 de abril del 17 reunión del EAP para analizar como estaba yendo la actividad.

El 15 de Setiembre del 17 reunión del EAP para valorar los resultados obtenidos en el grupo que finalizo en junio, y analizar sugerencias de cambios para el nuevo grupo que iniciara la actividad en Octubre del 17

Reuniones de los responsables de los proyectos comunitarios :

Se han realizado varias reuniones de los responsables de comunitaria del centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

C) Objetivos y resultados alcanzados:

Se ha formado un grupo de 10 personas que ya sale a caminar por su cuenta y que siguen quedando en la puerta del centro. Esto supone que el 29% de los participantes a valorado como beneficioso el ejercicio y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

mantienen una buena relación entre ellos como demuestra el hecho de que sigan saliendo a caminar juntos. El Objetivo era el 25%.

Han abandonado el proyecto el 23% de los participantes, el objetivo esta en que no abandonen más del 40%

La encuesta que se ha pasado al finalizar y los resultados es la siguiente:

Tenían que puntuar de 1 a 5 cada pregunta, siendo 1 el resultado peor y 5 el resultado mejor

La propuesta de paseos desde el centro de Salud le ha parecido? El 100% de los participantes la valoran con un 5

Los recorridos le han parecido? El 70% la valoran con un 5 y el 30% con un 4

El número de participantes le ha parecido? El 100 % lo valoran con un 5

Los días de la semana le han parecido? El 90% lo valoran con un 5 y el 10% con un 4

El horario es adecuado? El 100% lo valoran con un 5

La relación con otros participantes? El 100% la valoran con un 5

La duración del paseo, le parece bien? El 100% la valoran con un 5, aunque después en el apartado de observaciones el 20% proponen caminar 3 días por semana

Lo recomendaría a otras personas? El 100% lo valoran con un 5

Le gustaría continuar con los paseos? El 100% lo valoran con un 5

Cree que salir a caminar beneficia su salud? El 100% lo valoran con un 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para que el proyecto sea viable tiene que participar todo el centro, ya que supone abandonar las consultas de forma rotatoria 2h a la semana y sino son muchos los implicados no se puede llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

E) Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto

Con el grupo que comienza en Octubre del 18 hemos decidido modificar algunos de los objetivos. quedando así:

Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales mejorando así su estado de ánimo. Valorar según encuesta

Incorporar el ejercicio físico ayudando a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros Objetivo que 20% de los participantes aumenten las horas de ejercicio a la semana

Aumentar la conciencia entre los participantes de la importancia de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de enfermedades crónicas. Que no abandonen el proyecto mas del 40% en cada uno de los turnos

Favorecer la mejor adherencia y uso de ttos farmacológicos, valorar según adherencia al principio y al final .

Objetivo que el 25% de los pacientes que no cumplan ttº farmacológico al inicio de la actividad lo cumplan al final

Mejorar la calidad de vida de los participantes a través de mejorar sus constantes de:

-Peso, en pacientes con obesidad ó sobrepeso, Objetivo que el 20% de los participantes con sobrepeso y/o obesidad pierdan peso durante la duración del proyecto.

-Tensión arterial en pacientes hipertensos, que mejoren su TA el 20 % de los participantes en el proyecto

-Hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos, que mejore en un 20 % de los pacientes diabéticos durante la duración de la actividad

- Que el 20% de los pacientes que participan en el proyecto con dislipemia mejoren la cifra de colesterol

Para valorar esto, hemos diseñado una ficha que rellenaremos al principio y final de cada turno. (Anexo

1).

Encuesta de Satisfacción (Anexo 2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

ANEXO 1
CHINA-CHANO

Nombre:

edad:

Medico: Enfermera:

Peso:

IMC:

Talla:

Perímetro abdominal: Perímetro abdominal/talla:

Si el paciente es diabético, hemoglobina glicosilada

Colesterol

Adherencia Ttº Farmacológico: Buena Mala Regular

ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN RAPA

Categoría (Nº Categoría)

Descripción

Puntos Brutos

Sedentario (1)

Realiza actividades físicas muy pocas veces.

1 Pts

Poco activo (2)

Realiza algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas pero no cada semana.

2 Pts

Poco activo regular-ligero (3)

Realiza algunas actividades físicas ligeras cada semana.

3 Pts

Poco activo regular (4)

-Realiza actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de 5 días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.

-Realiza actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de 3 días por semana o menos de 20 minutos en esos días.

4 a 5 Pts

Activo (5)

-Realiza 30 minutos o más de actividades físicas moderadas al día, 5 o más días a la semana.

-Realiza 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, 3 o más días por semana.

6 a 7 Pts

ANEXO 2

CHINA-CHANO

ENCUESTA DE OPINIÓN

Puntúe de 0 a 5

La propuesta de paseos desde el Centro de Salud le ha parecido? ----

Los recorridos le han parecido adecuados?----

El número de participantes le ha parecido?----

Los días de la semana le han parecido?----

El horario es adecuado?----

La relación con otros participantes?----

La duración del paseo le parece bien?----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

Lo recomendaría a otras personas?----

Le gustaría continuar con los paseos?----

Cree que salir a caminar beneficia su salud?---

Quiere realizar algún comentario u observación:

Puede proponernos algún nuevo recorrido:

Continuara caminando este verano por su cuenta o con otras personas del grupo aunque no vayan acompañados por personal del Centro de Salud:

*** ===== Resumen del proyecto 2016/286 ===== ***

Nº de registro: 0286

Título
CHINA-CHANO. PASEOS SALUDABLES. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO

Autores:
GABAS GALLEGO GEMMA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, ORDAS BITRIAN MERCEDES, MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION, GIMENO PRADAS MARIA ROSA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE, ANORO MONCAYOLA CARMEN, ESPEJO LORENTE MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personales con pocas relaciones sociales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.- Responder a la necesidad detectada por los miembros del EAP, de que hay personas sobre todo mayores de nuestra zona de salud que por encontrarse solas no realizan ejercicio físico tan necesario en la prevención y tratamiento de enfermedades Cardio-vasculares, problemas musculo-esqueléticos y otros.
2.- Promocionar la salud aprovechando los paseos, dándoles información sobre los beneficios del ejercicio, dieta saludable y cumplimiento de tratamientos y otras MHD.
3.-Teniendo en cuenta el gran número de personas con incontinencia urinaria por relajación del suelo pélvico, aprovechar el grupo para realizar educación sanitaria al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales, mejorando así su estado de ánimo.
2.- Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico, ayudando a incorporar esta actividad a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros aunque sean pequeños grupos.
3.- Incorporar los ejercicios de rehabilitación del suelo pévico a su rutina habitual.
4.- Aumentar la conciencia entre los participantes de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de las enfermedades crónicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

5.- Favorecer la mejor adherencia y uso de los ttos farmacológicos.

MÉTODO

Captación de participantes en las Ctas de Enfermería, Medicina y Trabajo Social. Entrega de folleto informativo y recogida de datos personales.

Salida a caminar dos días por semana, martes y jueves de 10 a 11 horas por la zona de salud. El primer turno será del 4 de octubre al 20 de diciembre, el segundo turno del 17 de enero al 6 de abril y el tercer turno del 18 de abril al 15 de junio de 2017, reanudándose en octubre.

Los participantes irán acompañados por dos personas del Centro de Salud "Enfermeras, Trabajador Social, Aux administrativo y Aux Enfermería.

Realizar por parte de los profesionales de enfermería, durante los paseos y de forma dinámica "educación sanitaria" respecto a diferentes MHD alimentación, consumo de fármacos, abandono de tabaco etc.

Se dará una charla informativa de 15/20 minutos al inicio de la actividad en cada trimestre sobre los beneficios del ejercicio para la salud y preparación para salir a caminar por Gemma Gabás Enfermera del Centro.

Por parte de la Matrona del Centro Pilar Sanchez se realizará un taller de suelo pélvico en cada turno.

Al finalizar cada turno se realizará un encuesta de opinión a los participantes

INDICADORES

- 1.-Realizar la actividad al menos durante 3 periodos de al menos dos meses.
- 2.-Que termine la actividad el 50% de los participantes inscritos en cada turno.
- 3.-Encuesta de opinión de los participantes de cada turno.

DURACIÓN

Octubre de 2016 a Octubre 2017

Presentación del proyecto al EAP.

Charla sobre beneficio del ejercicio en el control de patologías crónicas y prevención de enfermedades cardiovasculares, una por turno.

Taller del suelo pélvico, uno en cada turno.

Suspender la actividad durante julio, agosto y septiembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONEL MARIA FLOR SEBASTIAN
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De cara a favorecer el empoderamiento de este grupo de mujeres hacia una práctica voluntaria y autónoma de los diferentes hábitos saludables en relación a la alimentación y la actividad física, se ha dividido la intervención en cuatro fases, de las cuales dos de ellas: la fase de sensibilización y enganche y la fase de sensibilización y consolidación, se han llevado a cabo durante el curso escolar 2016-2017.
Las actividades realizadas han consistido en la realización de sesiones de actividad física con las madres (al principio una vez/semana y a partir de febrero de 2017 2 veces/semana), participación en marchas populares, actividades lúdicas conjuntas madres e hijos, talleres de alimentación saludable (raciones, consumo de hidratos de carbono, merienda saludable, acompañamiento a establecimiento de alimentación, talleres de cocina) y cuatro sesiones con salud mental infantojuvenil.
Se ha contado con la colaboración de la Universidad, Ayuntamiento, la Asociación YMCA, Ibercaja y la Peña Zoiti de Natación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, reflejar que este proyecto está utilizando una metodología de Investigación Acción Participativa, por lo que los objetivos a evaluar en este primer año de actividad se han limitado a evaluar la metodología seguida.

El primer objetivo marcado era el de la participación de las madres. Sin duda, ellas han ido marcando con sus deseos el ritmo y el tipo de actividad física que se ha ido realizando.
La media de asistencia a las actividades ha ido disminuyendo a lo largo del año. Motivos de la disminución de la asistencia a las actividades: de todas las participantes que comenzaron en el proyecto, algunas encontraron trabajo al inicio de curso y dos de ellas se quedaron embarazadas. Durante los meses de febrero y marzo se produjo una gran disminución, algunos de los motivos fueron: enfermedades tanto de ellas como de los familiares, obligaciones laborales y personales. Los últimos meses se colapsaron las actividades tanto las de alimentación, como las de actividad física y mental, siendo uno de los motivos la falta de organización para poder acudir a alguna de ellas. Resulta necesario tener en cuenta que durante el mes de abril y mayo hubo periodos con cuatro y hasta cinco actividades semanales.

En cuanto a la orientación hacia los determinantes de salud y la perspectiva de equidad, se ha tenido en cuenta la situación económica y cultural de estas familias, y las dificultades que estas familias van a presentar a la hora de continuar con la actividad física y de alimentación saludable planteadas. Todo está basado en que pueda tener una continuidad en el futuro pensando en esas dificultades socioculturales y económicas, ofreciéndoles unas herramientas adecuadas para que las puedan utilizar de manera autónoma. En todo momento se ha buscado perseguir cambios desde una perspectiva de modificaciones pequeñas pero significativas de los comportamientos.

En cuanto a la participación intersectorial, ha habido una muy buena implicación de los tres sectores: el universitario (y más concretamente la Facultad de la Ciencias de la Actividad física y el deporte), el centro escolar y el centro de salud. Ha existido algo más de dificultad en poner en marcha las actividades educativas en relación con la alimentación saludable, aunque al final hubo dos estudiantes del grado de nutrición que se encargaron de las mismas. La coordinación de los diferentes agentes ha sido bastante fluida y ha contribuido a la realización de actividades conjuntas que han permitido que las actividades se abordaran desde una perspectiva interdisciplinar.

Por otro lado, han sido muy interesantes y reveladores las opiniones que las madres han expresado al final de este primer año de intervención:

"Me he sentido muy especial en este curso, me ha subido mi autoestima y he estado relajada y contenta. Deseo empezar en septiembre con muchas ganas"

"Gracias por entrar en mi vida, por permitirme experimentar y explayarme. Nunca os olvidaré por darme el empujón que necesitaba para volar"

"Muchas gracias por formar este grupo que nos ha unido a todas las madres"

"Estoy muy orgullosa de participar en este grupo y de vivir experiencias nuevas en mi vida que nunca imaginé"

"De mi parte quiero expresar que he podido encontrar mi yo de nuevo y que vuelvo a ser yo. Que quiero seguir prosperando y seguir haciendo ejercicio junto con mis hijos. Que me lo he pasado muy bien y que me lo he pasado muy bien"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Con los datos que hemos recogido este curso pasado, hemos podido identificar una serie de problemas como las dificultades en concretar con las mujeres los horarios de intervención, los motivos por los que ellas no han acudido a todas las sesiones, las dificultades que tienen para incorporar conductas saludables, los problemas económicos a los que se enfrentan y los obstáculos culturales.

Este año nos proponemos comenzar a trabajar con objetivos más concretos. Así mismo incorporaremos, en la medida de lo posible, indicadores de evaluación tanto del proceso como de los resultados, ya desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Se propondrá incluir una representante de las madres en el grupo investigador.

Este año vamos a seguir disponiendo de los siguientes recursos: clases de actividad física, natación, talleres de cocina y sesiones de control de las emociones y educación parental. No obstante, siguiendo una orientación de investigación participativa, iremos integrando aquellas actividades que el grupo de mujeres demanden y consideren necesarias en su proceso de adquisición de hábitos saludables. De igual manera, si el grupo de trabajo considera la posibilidad de incluir nuevas actividades o dinámicas, lo introduciremos desde una perspectiva consensuada.

Efectos no previstos

Positivos:

- Creación de sentimiento de grupo, habiéndose creado una red de apoyo mutuo.
- Aumento evidente de la autoestima en las participantes.
- Han adquirido la costumbre de excusarse si no podían acudir a las sesiones.
- Ruptura de barreras y prejuicios de los profesionales implicados en el proyecto hacia la población diana y viceversa.
- La relación que se ha iniciado con la Universidad nos está abriendo las puertas a la posibilidad de nuevos proyectos a realizar conjuntamente.

Negativos:

- Imposibilidad de trabajar la actividad física con el grupo de niños y niñas por su mal comportamiento.

Lo que hemos aprendido es que la evaluación nos sirve para la toma de decisiones, solucionar problemas y comprender lo que ha pasado. Que la evaluación es algo continuo y es algo sobre lo que tenemos que pensar al iniciar cualquier proyecto.

Nuestro proyecto tiene un buen diseño en relación a la equidad, intersectorialidad, empoderamiento de la población a la que va dirigido, la desmedicalización, la transmisión de los resultados a todo el equipo, ... pero tenemos que mejorar todavía más en relación a la participación de la población en todos los aspectos del proyecto.

En este segundo año vamos a intentar mejorar todavía más la participación de la población en todos los aspectos del proyecto, valorar e intentar solucionar la adherencia de las madres al proyecto y buscar una solución a la intervención con los niños.

Vemos muy interesante tener reunión previa con el SARES antes de comenzar cualquier proyecto comunitario desde nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1138 ===== ***

Nº de registro: 1138

Título

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Autores:

PARDOS MARTINEZ CARLOS, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE, CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pío XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

MÉTODO

Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pío XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

INDICADORES

Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosenberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

DURACIÓN

Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ REMACHA MARIA
AIBAR ALBERTO
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras las fases de sensibilización y "enganche", y de sensibilización y consolidación realizadas durante el curso escolar 2016-2017, para este curso escolar 2017-2018 se había propuesto llevar a cabo las fases de empoderamiento y de preparación a la gestión autónoma.

Para ello, se siguieron realizando sesiones de actividad física con las madres de niños obesos (2 sesiones semanales), sesiones sobre nutrición (1 por trimestre), y de salud mental (7 sesiones, desarrolladas por profesionales de la USMIJ, durante el 2º y 3º trimestre de curso escolar). Una vez al trimestre se ofertaron sesiones conjuntas madres e hijos con distintas temáticas de juego y organizadas por la Facultad de Ciencias de la salud y del deporte. Se realizó un taller de cocina.

Respecto a la actividad física, se realizaron bailes, ejercicios de tonificación, CORE, espalda sana y se utilizaron materiales novedosos para ellas, lo que aumentaba su motivación. Además se realizaban andadas (una vez a la semana) por el entorno de Huesca, normalmente las participantes elegían el recorrido. Las actividades físicas cognitivas se basaban en actividades dinámicas que favorecían su participación y reflexión sobre sus niveles de actividad física.

Respecto a la línea de alimentación saludable, durante el año 2018-2019 sólo fue posible realizar un taller de cocina. Sin embargo, las sesiones de alimentación saludable cognitiva se realizaron con la misma frecuencia que el año anterior. Normalmente las participantes decidían los temas que más les preocupaban o los hábitos más complicados de modificar. Así, durante las dinámicas se les aportaban herramientas o consejos para ayudarles a modificar los comportamientos menos saludables.

Finalmente, las sesiones de salud mental estaban orientadas a mejorar la educación parental. La enfermera y la psiquiatra, apoyadas por el personal de pediatría, les comentaban temas importantes para facilitar la educación de los niños, así como algunos temas que preocupaban a las madres a la hora de educarlos (ej. miedos, sentimientos, negación de los caprichos, autoridad frente a los hijos, evolución de la niñez a la adolescencia, etc.).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha pasado por dos fases. El primer año fue muy positivo en relación a la participación de las familias, a las actividades realizadas y a los resultados en satisfacción de las participantes. Durante el segundo año la participación fue muy inferior, pero hemos podido analizar, a través de entrevistas, grupos de discusión y diario de campo, las barreras familiares, culturales, ambientales, económicas, laborales y psicológicas que presentan estas mujeres, pertenecientes a una población desfavorecida, para la práctica de la actividad física y la puesta en marcha de otras conductas saludables.

Las barreras familiares eran mencionadas por todas las informantes a la hora de practicar AF (i.e., cuidado de los hijos, cuidado de familiares cercanos) mostrándose una alta saturación e interacción entre todas las informantes con dicha categoría. En muchos casos la prioridad de su tiempo la ocupan los miembros de su familia, anteponiéndola a sus intereses.

La barrera cultural, percibida únicamente por el subgrupo de informantes pertenecientes a la etnia gitana. Algunas de las barreras culturales que se han podido encontrar son las relacionadas con las tradiciones del culto, siendo juzgado el escuchar música o el bailar cuando acaba de fallecer un familiar cercano; o cuando las mujeres viudas van con ropas ajustadas para practicar deporte o en bañador para aprender a nadar. Todo ello podría afectar a la hora de inculcar hábitos saludables y activos en las vidas de dicha población.

Las informantes perciben como barreras la climatología y el entorno en el que viven (i.g., el barrio). En el presente caso, las informantes recalcan que las temperaturas más bajas les limitan a la hora de practicar AF, aunque no se especifican actividades en concreto.

Las barreras económicas emergen de las afirmaciones cuando se les pregunta sobre cómo les podría afectar la economía a la hora de practicar AF; la mayoría recurren a los altos precios de los gimnasios, ignorando algunas de las facilidades que ofrecen las asociaciones, ayuntamientos, etc. Sin embargo, dicha barrera es habitualmente percibida en las poblaciones desfavorecidas, siendo en algunos casos el principal motivo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

abandono los altos costes de las actividades.

La barrera laboral, entendiéndola como causa principal el trabajo, el cual afecta a los horarios de las actividades prácticas o a la falta de tiempo. Así pues, podría encubrir otras barreras no afirmadas por el caso explícitamente, como la falta de tiempo o el cansancio después del trabajo. En nuestro estudio, la barrera laboral únicamente es percibida por el subgrupo de informantes no pertenecientes a la etnia gitana, lo que podría deberse a una de las características del eje familiar de la etnia gitana en la que, mayoritariamente, sólo es el hombre el que aporta ingresos a la familia y por tanto, las mujeres no tienen trabajos fuera del hogar.

Las características psicológicas de las informantes son percibidas como barreras para practicar AF, normalmente relacionadas con estados de ánimo, vergüenza a exponerse hacia otras personas o pereza.

Las participantes subrayan frecuentemente su obesidad y las limitaciones que les produce en algunos casos el tamaño de su tripa o la fatiga, además ellas aprecian miedos a hacerse daño realizando actividades deportivas que vienen dados por su peso. En el presente caso analizado, las barreras físicas únicamente son percibidas por las participantes de etnia gitana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La evaluación de las barreras percibidas por estas madres a la hora de realizar AF nos ayuda a comprender el sedentarismo y la inactividad física de este tipo de poblaciones.

Recomendamos diseñar programas que eviten y eliminen las barreras percibidas por esta población, además de sensibilizar y concienciar a las participantes sobre la importancia y los beneficios que van a reportar en ellas la práctica de AF y el llevar un estilo de vida activo y saludable.

La intervención deberá tener en cuenta las características económicas, culturales y del contexto de las participantes, proponiendo programas que favorezcan la equidad y ofrezcan oportunidades para gestionar su tiempo, creando espacios y franjas horarias flexibles, en función de los horarios laborales, para practicar AF.

Podremos tomar como punto de partida la realidad mostrada en este proyecto, proporcionando las herramientas adecuadas para disminuir y eliminar las barreras percibidas a la hora de realizar o incorporar AF en su vida diaria.

El proyecto, tal como se ha realizado durante estos dos años, deja de realizarse.

Durante el próximo curso escolar se tiene intención de continuar el Proyecto Pío se mueve con otro grupo de madres del Colegio, posiblemente madres de niños de infantil. En estos momentos se les está pasando un cuestionario a las madres para ver su predisposición y necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1138 ===== ***

Nº de registro: 1138

Título
PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Autores:
PARDOS MARTINEZ CARLOS, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE, CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

PROBLEMA

Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pío XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

MÉTODO

Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pío XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

INDICADORES

Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosenberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

DURACIÓN

Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0077

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SANCHEZ VELILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Cs Pirineos a continuado incluido en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos. Aplicación del instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de manos 2010 con el objetivo de asignar al centro de salud uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de manos y su promoción.
Conocido el nivel del Centro aplicar los instrumentos de la OMS para mejorar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

. Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación

Puntuación año 2015 antes de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 220 (Nivel de higiene de manos Básico)
Puntuación año 2016 después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 275 (Nivel de higiene de manos Intermedio o Consolidado)
Puntuación año 2017 después de continuar las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 315 (Nivel de higiene de manos Intermedio o Consolidado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la aplicación de los instrumentos de la OMS hemos mejorado en la puntuación del marco de autoevaluación. Queda pendiente amplio margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

Autores:
SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA, JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Información/comunicación/relación con usuarios/ paciente/familiares
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). No obstante, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0077

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes. La campaña "Salve Vidas: límpiense las manos", liderada por la OMS tiene el objeto de invertir esta costumbre. En nuestro CS se ha analizado el problema y se ha considerado como una oportunidad de mejora basándonos en la estrategia proporcionada por la OMS.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo Principal del proyecto continiar con las mejoras de las prácticas del personal del CS en la higiene de manos.
Mejorar el nivel de puntuación del CS Pirineos respecto a la anterior evaluación con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción.

MÉTODO

Inclusión del CS en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos en <http://www.who.int/gpsc/5may/register/en/index.html>

Para conocer la puntuación se aplicará el instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010 .De esta manera se asignará el CS a uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción

- Insuficiente
- Básico
- Intermedio
- avanzado

Una vez conocido el nivel del CS se aplicarán los instrumentos OMS para mejorar siendo responsables de su puesta en marcha los responsables del proyecto, dichos instrumentos están en relación con los indicadores pertinentes que figuran en el Marco, examinadas las áreas en las que se necesita mejorar se elaborará por parte de los responsables del proyecto un Plan de acción para lograr esas mejoras empezando con los instrumentos de la OMS pertinentes

INDICADORES

Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del Marco de autoevaluación

DURACIÓN

Inicio Mayo 2016 Finalización Mayo 2017

Mayo 2016: Conocer el nivel el CS en el Marco de autoevaluación de la OMS. (275.- Nivel de Higiene de manos Intermedio o consolidado)

Junio 2016-Abril 2017 examinar las áreas en las que el CS necesita mejorar según los resultados de evaluación y elaborar y poner en marcha un plan de acción para lograr esas mejoras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLER BLANCO ANA ISABEL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
NAYA ATARES SERGIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se propone realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes. Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente..
2. Posteriormente se comparará el diagnóstico del radiólogo con el emitido por el médico de familia para realizar un estudio de concordancia.
3. En una segunda parte del proyecto, llegado a un grado de concordancia aceptable tratará de realizar diagnósticos de sospecha para que luego los confirme o no el Radiólogo con el fin de confirmar la habilidades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El responsable del proyecto ha recibido durante el 2016 un curso de la SEMG (Sociedad Española de Médicos generales y de Familia) con una duración de 2,4 créditos. El contenido de este curso versaba sobre ecografía cervical :Tiroides, tronco supraaortico y glándulas salivales . También tiene formación anterior acreditada de varios cursos de ecografía clínica para AP sobre ecografía abdominal, ecografía músculo esquelética y eco cardiovascular.
Se han realizado a lo largo del año 2017 dos sesiones una teórica y otra práctica sobre el ABC de la ecografía abdominal. Impartidas por el responsable del proyecto. Actualmente solo el responsable del proyecto realiza ecografías en el Centro.
Se han hecho ecografías a 68 pacientes. El número de ecografías por órganos ha sido de 201, correspondientes a el hombro (supraespinoso), tiroides, aorta, hígado, vesícula, riñón y vejiga de las cuales en AP se han detectado 53 patológicas. No se ha valorado el diagnóstico.
El grado de concordancia en Diciembre de 2017 de las 201 ecografías valoradas (Normal, Patológica), tanto en AP como por RX ha sido bueno (κ 0,77), lo que indica un grado de acuerdo muy aceptable en esta primera valoración en cuanto a distinguir una eco normal de patológica en los órganos antes nombrados.
No se ha medido la satisfacción del paciente aunque no hubo negativas a poder repetir la eco grafía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las lecciones aprendidas está el paso de un diagnostico de presunción clínica aun diagnostico mas preciso clinico-ecográfico. No obstante es una técnica que requiere mucho entrenamiento y una formación regladas una perspectiva muy clínica en su utilización para AP.

7. OBSERVACIONES.

En una continuación de este proyecto se trata de pasar a un segundo nivel para identificar algunas patologías básicas y concretas, al mismo tiempo que continuar con este primer nivel para los que comienzan.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .: Otro tipo Objetivos

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA

En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo "verdadero especialista" y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLINICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO

Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

INDICADORES

Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN

1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES

Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS

Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado

Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAYA ATARES SERGIO
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
ALLER BLANCO ANA ISABEL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
GARCIA CALVO ANGEL
IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto es continuación del iniciado en el año 2016. Además del coordinador se han formado dos médicos más del EAP con el curso de 60 horas organizado por El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, que incluía un programa de ecografía clínica básica: Abdominal, Tiroides, Osteomuscular, Renourológica y Vascular. Dicha formación se ha completado con la participación en el Foro del espacio "ECOGRAFÍA EN AP (POCCUS)", un intercambio de opiniones y formación entre el grupo docente y alumnado mediante la participación donde dos médicos del EAP han subido varios casos clínicos (16) .

El coordinador del proyecto ha dado dos sesiones clínicas en el Centro de Salud, una teórica y otra práctica, para dar a conocer la ecografía clínica al resto de EAP y a los MIR de 4ª año de MF y Comunitaria que ya participan de forma diaria con los médicos de Centro que realizan ecografías.

En el último concurso de traslados se ha incorporado un médico más que realiza ecografía clínica, siendo al final cuatro los médicos los que realizan ecografías en el EAP.

Hemos sido dotados por el SALUD de un ecógrafo GE con el que se han realizando las ecografías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número total de ecografías clínicas realizadas es de 269 que se distribuyen de la siguiente forma: 83 abdominales; 61 músculo esqueléticas; 59 renourológicas; 54 de tiroides; 5 vasculares y 4 de partes blandas.

El número total de pacientes a los que se ha realizado ecografía según consta en el ecógrafo es de 256.

Se han encontrado hallazgos con sospecha de patología en 188 de las ecografías realizadas y 81 de ellas han sido dadas como normales.

Como continuación del proyectos inicial 2016, el coordinador del proyecto ha calculado la concordancia a los 101 paciente a los que ha realizado ecografía clínica, con un total de 160 ecografías: 52 abdominales; 46 renourológicas; 17 de tiroides; 38 músculo esqueléticas; 5 vasculares y 2 de partes blandas.

Salen a 1,6 ecografías /paciente pues al realizar ecografías abdominales aprovechaba para realizar renourológias y así procedía con osteomusculares y en otros casos.

De las 160 ecografías se ha obtenido posible patología en 27 abdominales; 26 renourológicas; 9 en tiroides; 20 en musculoesquelética; 2 en vascular y 1 en partes blandas que suponen un total de 85.

Fueron derivadas a especializada que encontró patología en 82 de ellas .El índice de concordancia es de 0,92

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La ecografía clínica es de gran utilidad en AP, pues si la concordancia con especializada sigue siendo buena, algunos casos pueden derivarse al especialista correspondiente y si no hay patología no hay que hacer derivaciones innecesarias.

Si seguimos mejorando en nuestra formación y continuamos en esta línea el proyecto puede pasar a ser parte de la oferta del Centro de Salud a su población, acorde con la literatura y las diversas sociedades científicas en AP que están apoyando la implantación de esta técnica diagnóstica.

La satisfacción de los usuarios aunque no ha sido cuantificada objetivamente la consideramos buena pues todos se prestan a esta exploración y no ha habido quejas al respecto.

7. OBSERVACIONES.

Se necesita seguir la formación en ecografía al resto del equipo y hacer partícipes a los MIR de MF y Comunitaria de dicha formación.

Se necesitaría adecuar las agendas asistenciales para contemplar también esta actividad.

Otro punto importante es el espacio en que debe ubicarse el ecógrafo de forma permanente en un espacio apropiado.

Por último de cara al futuro se debería poder conectar el ecógrafo a OMI-AP y la historia Clínica Electrónica para poder incorporar esta prueba a la historia clínica del paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA
En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo "verdadero especialista" y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos
Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLÍNICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO
Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

INDICADORES

Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN

1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año
Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES

Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS

Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado
Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Fecha de entrada: 16/03/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES PEÑA ARENAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ LOMBA BEATRIZ
BARTOLOME FANDOS LOURDES
UGARTE FARRERONS SOL
LOPEZ PANO ESTELA
COARASA MONTER PILAR
ROYO ROYO SILVIA
FRANCO SANAGUSTIN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES

1. Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.

La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.

2. Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:

Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?

Sesión 2: Nutrición y Ejercicio

Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina

Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas

Sesión 5: Pie Diabético

Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos empezado el proyecto con un primer grupo de educación con 13 participantes, del 2de mayo al 6 de Junio teniendo que aumentar una sesión más a petición de los participantes. Durante el periodo vacacional hemos parado la actividad, y la retomaremos a partir del mes de Octubre.

Valorado el primer Indicador " n° de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM" Se les pasó una cuestionario de 13 preguntas el primer día, y el mismo cuestionario el último día.

El primer día el resultado fue de un 63,3 % de respuestas acertadas. El último un 73%, produciéndose un aumento en un 7,7 %, por lo que si se ha producido un aumento pero quizás menos del esperado.

Creemos que esto es debido al cuestionario, revisaremos para adecuar mejor las preguntas al contenido de las sesiones.

Respecto al segundo indicador "n° de pacientes satisfechos con la actividad", No se les pudo pasar la encuesta de satisfacción por no estar acabada de diseñar por lo que no tenemos resultado de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Acciones de mejora propuestas tras el primer seguimiento

Reevaluar el contenido del cuestionario de conocimientos

Terminar de diseñar encuesta de satisfacción

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1143 ===== ***

Nº de registro: 1143

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Autores:

PEÑA ARENAS MERCEDES, SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, BARTOLOME FANDOS LOURDES, UGARTE FARRERONS SOL, LOPEZ PANO ESTELA, COARASA MONTER PILAR, ROYO ROYO SILVIA, FRANCO SANAGUSTIN TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incorporación de los programas de educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento de la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado el mejor control glucémico y la reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque se requiere de programas educativos mantenidos y de refuerzo a lo largo del tiempo. (7)
"La participación activa del paciente en el manejo diario de la diabetes es la única solución eficaz para el control de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo" (OMS).

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el desarrollo de enfermería en el ámbito de la educación grupal para la salud y su papel relevante en la comunidad.
Aumentar los conocimientos del paciente sobre Diabetes y dotarle de herramientas y recursos que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable que minimicen las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad y por consiguiente aumenten su calidad de vida.
Evaluar la eficacia del programa de educación tomando como indicadores, el aumento de conocimientos, importancia del control glucémico, modificación de conducta y la satisfacción de los participantes.

MÉTODO

Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.
La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.
Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo mediante los cuestionarios que rellenarán de manera individual los asistentes al programa al principio de la primera sesión y después de la última sesión y que versarán sobre:
El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus.
Modificaciones de conducta en la vida diaria.
Importancia del control del nivel glucémico en la enfermedad.
Satisfacción del proyecto a nivel de usuario.
Los indicadores a utilizar:
Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM tras la intervención de las 5 sesiones.
Número de pacientes satisfechos con el programa.

DURACIÓN

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:
Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ SANCHEZ LOMBA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS PIRINEOS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRANCO SANAGUSTIN TERESA
CANUDO AZOR MARIA DOLORES
UGARTE FARRERONS SOL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROMAN ESCARTIN MANUELA
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
BETRAN COARASA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. PROCESO

· ORGANIGRAMAS

· Organigrama planificación y proceso:

· 06/06/17: Decisión de iniciar un proyecto comunitario en el Centro de Salud (C.S.).

· 23/06/17: Análisis de situación, conformación del equipo de proyecto y primeros planteamientos de la

Escuela de Salud.

· 21/07/17: Establecimiento de población diana y redacción de indicadores.

· 17/08/17: Propuesta a enfermería para realizar el primer taller de la Escuela de Salud y decisión de realizarla sobre inhaladores por las necesidades detectadas. El primer taller lo proponen los profesionales hasta que haya mayor difusión entre los pacientes de la Escuela de Salud. Se fijan fechas, contenido y población a la que va dirigido.

· 01/09/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 14/09/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre inhaladores.

· 27/09/17: Análisis de evaluaciones.

· 28/09/17: Reunión conjunta entre responsable y matrona para fijar fechas, contenidos y población diana

para el segundo taller de la Escuela de Salud sobre ejercicios de suelo pélvico.

· 6/10/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 18/10/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre ejercicios de suelo

pélvico.

· 27/10/17: Análisis de evaluaciones.

· 01/11/17: Reunión conjunta entre responsable de proyecto y fisioterapeuta para fijar fechas, contenidos y perfil de pacientes para el taller sobre higiene postural.

· 03/11/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 15/11/17: Revisión de contenidos del taller de higiene postural.

· 24/11/17: Análisis de evaluaciones.

· Organigrama comunicación:
· 16/06/17: Comunicación al equipo de Atención Primaria del C.S. la intención de iniciar un proyecto

comunitario acorde a las necesidades que hayan detectado.

· 07/07/17: Presentación al resto de personal del C.S la Escuela de Salud.

· 1/09/17: Comunicación al resto del equipo de salud la fecha de realización del primer taller que será sobre inhaladores, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante

carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· 27/09/17: Tras recibir las evaluaciones del primer taller se reciben bastantes propuestas de los

participantes para que realicemos un taller sobre ejercicios de suelo pélvico; por lo que solicitamos la

colaboración de la matrona para realizar un taller sobre este tema.

· 6/10/17: Comunicación al resto del equipo de salud incluyendo a las administrativas la fecha de realización del segundo taller que será sobre ejercicios de suelo pélvico, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en

zonas comunes del C.S.

· 30/10/17 : Contacto con fisioterapia con la propuesta de hacer un taller sobre ergonomía postural por petición de los usuarios del centro.

· 3/11/17: Comunicación al resto del equipo de salud el contenido, la fecha de realización y la población a la que va dirigida el tercer taller de la Escuela de Salud que será sobre higiene postural, para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten

participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· Organigrama actividades:

· 26/09/17: PRIMER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE INHALADORES.

· 26/10/17: SEGUNDO TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO.

· 23/11/17: TERCER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE HIGIENE POSTURAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

2. MATERIALES

- Usados:
 - Documentos en papel: Folletos informativos para que repartan todos los profesionales en su consulta, hojas de inscripciones para administrativas. Documentos de refuerzo de conocimientos para pacientes en los dos primeros talleres.
- Material didáctico:
 - Taller inhaladores: sillas, mesa, proyector, ordenador, inhaladores de prueba con mecanismos diferentes de uso.
 - Taller suelo pélvico: sillas, proyector, ordenador, materiales de muestra de diferentes dispositivos que existen en el mercado para refuerzo del suelo pélvico.
 - Taller higiene postural: Colchonetas.
- Recursos para pacientes:
 - Taller Inhaladores: documento explicativo y recordatorio sobre el uso del inhalador que usaban. Encuesta de satisfacción.
 - Taller suelo pélvico: documento explicativo de beneficios de realización de ejercicios de suelo pélvico, rutina de ejercicios para realizar en domicilio y posibilidad de hacer seguimiento individualizado de progresos desde consulta de la matrona. Encuesta de satisfacción.
 - Taller de higiene postural: Encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque en el planteamiento inicial no se fijó unos estándares mínimos en los indicadores dado a la novedad del proyecto respecto a otros llevados a cabo en el centro la evaluación de los objetivos que podemos realizar es la siguiente:

- Evaluación del objetivo general:
 - El objetivo general de proyecto se ha cumplido en gran medida ya que 2/3 de los talleres planteados fueron por los pacientes e iban encaminados a desarrollar estrategias en prevención de salud aplicables y útiles según han valorado los pacientes en su vida diaria.
 - Los talleres seguían una metodología de impartición dinámica y participativa en la que los pacientes dirigían en gran parte la orientación de los objetivos y actividades de la sesión solventando sus inquietudes.
 - Asimismo se les hizo partícipes en todo el proceso del proyecto, desde su planificación (teniendo posibilidad de sugerir temas) implantación (adecuando la actividad a sus necesidades) y evaluación (su opinión forma parte de los indicadores a medir y pueden expresar sus opiniones así como sus necesidades sentidas).
 - Por todo ello, creemos que este proyecto sigue una línea acertada para empoderar al paciente y reforzar sus conocimientos para mejorar su autonomía y autorresponsabilidad en cuanto a la salud.
- Evaluación de los objetivos específicos:
 - Aumentar la participación comunitaria: En el conjunto de los talleres se consiguió una participación total de 19 pacientes diferentes. 2 de ellos repitieron en uno de los siguientes talleres impartidos. Por lo que la participación es mayor que en la media de los proyectos anteriores llevados a cabo en el centro. La edad media de participación fue de 61,75 años. Un 66,6% de los asistentes fueron mujeres.
 - Involucrar al paciente en su salud: Los pacientes en 2/3 de los talleres fueron ellos los que decidieron el tema a desarrollar en el siguiente taller según sus necesidades expresadas. Y participaron en todas las sesiones de manera activa y adecuando los talleres para que pudieran seguir poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas en su día a día.
 - Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades: La participación era voluntaria por lo que todos ellos compartían esas inquietudes o necesidades a abordar.
 - Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud: algunas de las necesidades detectadas fueron por parte del paciente y otras por parte de los profesionales. Por lo que los talleres abordaban problemas detectados desde ambos lados de la visión de salud.

4. METODOLOGÍA

- Metodología para la recogida de información de la evaluación:
 - Encuestas de satisfacción
 - Registro de inscripción y asistencia.
- Indicadores cuantitativos y cualitativos:
 1. N° de sugerencias recibidas:
 - a. Por profesionales del centro: 5 verbales
 - b. Por usuarios del centro: 7 sugerencias escritas y numerosas verbales
 2. N° de pacientes que participan en cada taller:
 - a. La participación total en los tres talleres fue de 21 pacientes. 19 diferentes en todos ellos.
 - b. La participación desglosada por taller en % según plazas ofertadas fue:
 - i. Taller inhaladores: 60%
 - ii. Taller suelo pélvico: 100%
 - iii. Taller higiene postural: 63%
 3. N° de talleres realizados: contenido. En total se realizaron 3 talleres de manera mensual. El contenido fue muy diverso entre ellos y dirigido a poblaciones diferentes para conseguir una participación más universal, conseguir una mayor difusión del proyecto y llegar a poblaciones más difíciles de captar en consulta y que al ofrecerles recursos más dinámicos y participativos donde veían un beneficio más directo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

para su día a día acudían a las sesiones .

4. N° de profesionales que participan: Se involucraron la mayoría de los profesionales del centro (admisión, enfermería, matrona, fisioterapeuta, medicina, pediatría...) cada uno desempeñando una función que contribuyó a sacar el proyecto adelante (difusión, propuestas, captación, impartición de taller, recogida de encuestas, registro de asistencia).

Tal y como se pretendía en el planteamiento inicial se consiguió que el proyecto se desarrollase de manera multidisciplinar impartiendo talleres dirigidos por personal de las diferentes categorías profesionales del centro.

5. Grados de conocimiento/ habilidades adquirido antes y después de los talleres: el 95% de los pacientes expresaron como muy útil los conocimientos adquiridos para su vida cotidiana y un 5% como útiles.

6. Grado de satisfacción de los pacientes: el 100% consideraba que habían cumplido sus expectativas y recomendaría el taller.

- Comparación de los cambios al inicio (análisis del problema) y al final:
- Se consiguió involucrar a las diferentes categorías profesionales del centro y pacientes en un proyecto comunitario:
- Captación y difusión: medicina y enfermería.
- Dirección de taller: enfermería, fisioterapia y matrona.
- Registro de pacientes: admisión
- Necesidades detectadas: profesionales y pacientes.
- Evaluación: profesionales y pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Evaluación de los objetivos no alcanzados:
- Hubiese sido positivo continuar con los talleres para abarcar mayor número de temas, mayor participación de otras categorías profesionales y llegar a mayor población.
- Aunque no se realizó curva de conocimientos posteriormente se reforzaba a nivel individual en consulta a los pacientes sobre las habilidades aprendidas.
- Faltó mayor difusión a los pacientes de las actividades que se iban a realizar ya que en alguno de los talleres faltaron plazas por cubrir.

5. CONCLUSIONES

Aunque todos los participantes valoraron como útil los talleres, es cierto que también consideraron como positivo ampliar el número de sesiones de cada temática de talleres para aumentar y fijar los conocimientos y habilidades aprendidas en este primero, por lo que sería positivo una vez identificadas algunas de las necesidades expresadas por los pacientes ampliar el número de sesiones de cada taller.

Asimismo, sería positivo mejorar la difusión y realizar un mejor y exhaustivo análisis de la población que pertenece al centro de salud para garantizar una equidad en la atención y acceso a los talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1311 ===== ***

N° de registro: 1311

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, FRANCO SANAGUSTIN TERESA, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, UGARTE FARRERONS SOL, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, ROMAN ESCARTIN MANUELA, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, BETRAN COARASA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

PROBLEMA

Este proyecto trata de dar respuesta a las nuevas inquietudes de salud de los ciudadanos, poniendo en práctica los nuevos paradigmas emergentes enfocados a la Salutogénesis del individuo, dejando atrás un modelo patriarcal y enfocado en la patogeneidad y teniendo en cuenta la diversidad de grupos de población y necesidades que acoge este Centro de Salud.

Se pretende combinar la educación para la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar los conocimientos de la población y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud y la promoción de salud, que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos, es decir, responsabilizarles en la defensa de la salud propia y colectiva.

Gracias a la amplia variedad de profesionales de la salud que conforman el Centro, es viable este proyecto y lo capacita para dar una atención interdisciplinar, integral y de calidad, en el que se incluye la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el tratamiento, la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración y socialización) y la promoción de salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud) en todas las esferas bio-psico-sociales del individuo, abordándolas desde las tres áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Generales:
 - Mejorar y dotar al paciente de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar las necesidades que haya identificado.
- Específicos:
 - Aumentar la participación comunitaria
 - Involucrar al paciente en su salud
 - Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades
 - Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud.

MÉTODO

- La difusión se realizará indirectamente mediante carteles y folletos informativos y de manera directa por los profesionales del Centro de Salud.
- Quedarán a la disposición de los pacientes un buzón de sugerencias donde puedan dejar sus propuestas de temas a tratar.
- Según el número de peticiones se elegirá cada mes el tema del siguiente taller grupal.
- Se llevará a cabo en el Centro de Salud en una sala acondicionada para la actividad que se vaya a realizar.
- Las sesiones serán interactivas y dinámicas en las que primará la participación de los pacientes.
- Cada sesión será dirigida por uno o varios profesionales de salud del Centro según el área del tema a tratar.

INDICADORES

- Indicadores:
 - Porcentaje de satisfacción de los asistentes
 - N° de asistentes a las sesiones
 - Porcentaje de pacientes que refiere haber ampliado sus conocimientos o habilidades sobre el tema de salud tratado.
 - Porcentaje de pacientes que indica que los conocimientos adquiridos son útiles para su vida diaria.
- Evaluación:
 - Mediante encuestas tras las sesiones.

DURACIÓN

- La duración del proyecto será de un año en el que se impartirán sesiones/talleres mensuales.
- Cada sesión/taller tendrá una duración de una hora.

OBSERVACIONES

Se podría plantear una ampliación de un tema concreto tratado en uno de los talleres desglosándolo en varias sesiones en caso de identificar un gran interés o necesidad de la población.

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 - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1451

1. TÍTULO

TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SASO BOSQUE
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODERA LLENA MANUEL
RETORTILLO MUÑOZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado tripticos y poster : "COMO SALVAR UN DIENTE DEFINITIVO VOLANDO" .

Se han distribuido los poster en:

- todos los centros de salud (consultas de pediatria) del sector Huesca

- todos los colegios publicos y concertados de Huesca capital

Los tripticos se han distribuido en centros escolares a alumnos de 2º primaria, asi como a profesorado.

Asimismo se han realizado charlas educativas respecto a como actuar ante un traumatismo dental, dada la importancia de la precocidad de tto.

-Curso para medicos, que incluyo tema sobre traumatismos, impartido en la unidad docente

-Atencion insitu a escolar accidentado en patio de recreo, con fractura incisivo central. Localizacion fragmento e instrucciones.

-ningun caso de avulsión en consulta de centro de salud pirineos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aproximadamente 500 escolares, 50 profesores (y alumnos en practicas)

Los profesores y todos los centros tienen expuesto en lugar visible el protocolo a seguir en caso de fracturas o avulsion dental y actuan inmediatamente,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El pabij incluye desde el año en que que cumplen 6 y hasta el año que cumple 13 (discapitados 16). La actividad educativa en colegios se centra en 5-(que ya cumplen 6 y por tanto entran), 6 y 7, en general.

La idea de mejora es ampliar mas edades en cuanto al tema de traumatismos para el curso proximo. Y sobre todo, que sepan que esta asistencia esta cubierta por parte del odontologo de atencion primaria, ya que hemos detectado a traves de encuestas realizadas en colegios que muchos padres no tienen este conocimiento,

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1451 ===== ***

Nº de registro: 1451

Título

ATENCION A LOS TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

Autores:

SASO BOSQUE MARIA JOSE, RETORTILLO MUÑOZ MARIA, CODERA LLENA MANUEL, HIDALGO OLIVARES GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: TRAUMATISMO DENTAL-AVULSIÓN

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

ACTUACIÓN INMEDIATA EN LOS CASOS DE TRAUMATISMO EN GENERAL Y AVULSIONES Y FRACTURAS DE PERMANENTES EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1451

1. TÍTULO

TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

PARTICULAR:

REPOSICION DEL FRAGMENTO FRACTURADO Y REIMPLANTACION INMEDIATA DEL DIENTE AVULSIONADO.
CONTROL RADIOGRAFICO Y FERULIZACIÓN SI FUERA NECESARIA.

RESULTADOS ESPERADOS

ATENCIÓN TEMPRANA A LOS TRAUMATISMOS DENTALES
CONSERVACIÓN DEL DIENTE PERMANENTE EN BOCA.
(LA ACTUACIÓN INMEDIATA ES FUNDAMENTAL PARA LA VIABILIDAD DE LA PIEZA)

MÉTODO

INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN DIANA, FAMILIARES Y DOCENTES EN CENTROS DE SALUD Y COLEGIOS RESPECTIVAMENTE MEDIANTE TRIPTICOS INFORMATIVOS, CHARLAS EDUCATIVAS Y POSTERS.

INDICADORES

REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DIVULGATIVAS EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD Y ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS.

DURACIÓN

YA SE HA EMPEZADO A REALIZAR LA PARTE EDUCATIVA EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD.
SE HA SOLICITADO TAMBIEN EL MATERIAL NECESARIO PARA MEJORAR LA ATENCION Y PODER REALIZAR RADIOGRAFIAS,
REPOSICIONES Y FERULIZACIONES PROPORCIONANDO ASI UNA ASISTENCIA COMPLETA Y NO SOLO ORIENTATIVA COMO SE VENIA REALIZANDO HASTA AHORA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MELENDO MORENO MARIA PILAR
GONZALEZ TORRES EDUARDO
RIVILLA MARUGAN LAURA
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Febrero 2018: reunión Equipo Atención Primaria /ASAPME/ Trabajador Social Comarca y Equipo de Salud Mental.
Mayo y septiembre 2018: reunión de coordinación del responsable del Centro de Salud con responsable de ASAPME
Mayo 2018: explicación del proyecto en la facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte (Universidad de Zaragoza, campus de Huesca), como parte de la asignatura "ejercicio físico en poblaciones específicas". En esta actividad nos acompañaron profesionales y usuarios de AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental) y se proyectó el documental "Y si te dijeran que puedes, Premio Somos Pacientes 2018 como la "Mejor Iniciativa de concienciación social"
Octubre 2018: excursión el domingo 28 octubre de usuarios, familiares y profesionales, de 3 horas de duración y con visita a una Ermita de la zona.
Diciembre 2018: "Vermut navideño"

Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico durante todo el año ininterrumpidamente (46 sesiones), con una duración media de 1 hora. Una vez al mes la sesión se ha prolongado con 1 hora de ejercicio dirigido por la fisioterapeuta del Centro de Salud (estiramientos y propiocepción).
En alguna de las salidas nos ha acompañado personal del Grupo de Montaña de Sabiñánigo con propuesta de rutas por su parte.

Se ha incorporado la actividad al blog de "Estrategia Atención Comunitaria Aragón", para que los profesionales de la zona puedan ofrecer el proyecto como un recurso más a los usuarios que crean necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Participación usuarios: entre 6-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios "sanos" ha oscilado entre 1 y 4. Medido mediante registro de asistencia.
- N.º de usuarios que asistieron a la primera sesión (INDICADOR 1): 14 usuarios.
- Número de usuarios que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: 9 en total. Corresponde a un 64% del número inicial de usuarios (superior al 40% de los indicadores)

-Participación de profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de un profesional: terapeuta ocupacional de Asapme, personal del Centro de Salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de Comarca (trabajador social). Su implicación ha sido constante y muy bien coordinada.

-Se ha conseguido crear una rutina semanal de ejercicio sin realizar ningún parón, ni siquiera en vacaciones estivales y navideñas.
En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado, se observa mejora en capacidad de actividad física, ya que inicialmente paraban al poco del inicio de la actividad y ahora pueden completar el mismo recorrido que el resto.

- Se ha conseguido que varios de los usuarios realicen ejercicio no sólo el día de la actividad sino en sesiones fuera del programa.

-Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de Asapme). Algunos de los participantes han asumido el rol de líder, en caso de que sea necesario desagregar el grupo por la diferente capacidad física de los asistentes, alguno de los voluntarios se coordina con el profesional para hacer dos grupos según nivel.
-Aunque no estaba prevista inicialmente la monitorización de parámetros analíticos, y de hecho no se ha hecho de forma reglada, en los dos diabéticos del grupo se ha observado una mejora significativa de su control metabólico (sin cambios en tratamiento) pasando uno de ellos de una HbA1c de 8 en diciembre 2017 a 7,4 en junio 2018. La otra usuaria presentaba HbA1c de 8 en agosto 2017 y 6,8 en agosto 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La principal conclusión: es una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. A parte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

el estigma de la enfermedad mental. Ha dejado de ser importante reconocer a qué grupo pertenecen las nuevas incorporaciones.

-Efecto no esperado: llegan nuevas incorporaciones al grupo con distintas problemáticas como son el aislamiento social, miedo a caminar sola por problemas de audición, pacientes en recuperación tras quimioterapia....

-Objetivo no cumplido: Sigue sin poder cumplirse la hora semanal de ejercicio en el agua con monitor, debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales.

-Áreas de mejora: Se han colocado carteles distribuidos en el municipio para promover la iniciativa de los paseos y recordarlo de forma continuada a la ciudadanía en general. También está previsto editar una cuña de radio dentro de la sección de actividades culturales de la zona.

7. OBSERVACIONES.

La excursión extra tiene muy buena acogida entre los asistentes y está prevista realizar otra en primavera. Se intentará ofertar esta actividad al menos dos veces al año. En este punto se nos plantea el problema de que no disponemos de transporte hasta el punto de partida (Comarca puede ofrecer vehículo, pero no los fines de semana); ni seguro de responsabilidad para la actividad. En la única ocasión en que se ha realizado los usuarios firmaron un documento de descargo de responsabilidad. También se intentará realizar actividades conjuntas con AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1530 ===== ***

Nº de registro: 1530

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico. Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos. La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento. La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES

Indicador nº 1

Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios

Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10

Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)

Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN

Inicio en Octubre 2017. Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES

Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Fecha de entrada: 24/12/2018

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FERRER VIRGINIA
VICENTE CAMPOMANES ELBA
PICKFORD SARA
HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
LABARTA BELLOSTAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Soprtre comunicacion entre profesionales At continuada/At primaria
-Sesiones (dispositivos de via aerea, desfibrilador manual, codigo infarto) y curso formativo 20h de urgencias en el ambito de at primaria en el Hosp Jaca.
-Actualizaciones de los set de urgencias se añadio un set nuevo de acidemia propionica.
- Revisiones semanales y mensual de sala de urgencias y maletin coche

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se considera adecuada la formacion realizada ya que no se pudo impartir el taller de RCP pero se cumplio con sesiones y curso formativo.
El soporte de comunicacion funciono adecuadamente los primeros meses, despues se ha obsevado una disminucion de casos.
Aumento del % de cumplimiento de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir los sets de urgencias y parto en rev periodicas al igual que el nuevo desfibrilador.
Mejorar e insistir en el panel de soporte pa comunicaciones.
Anotar los problemas en hoja de incidencias y enviar al Coordinador.
Se hara propuesta para modificar las pautas de revisiones de la sala y malentin, incluyendo al personal que no haga guardias en At primaria.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a incluir en el programa los nuevos componentes anteriormente mencionados ya que ni Mar lobarda ni Marta Mañe permanecen en este centro.
Queremos establecer una mejora en el carro de paros y la sala donde se guarda las botellas de O2 hay que revisarla y hablarlo con el coordinador.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables. Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada. También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta línea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061.
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia.
Facilitar la atención a la emergencia.

MÉTODO

En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada. Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñanigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración. También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias). Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias.

INDICADORES

1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñanigo (hoja de firmas).
2/ Grado de cumplimentación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias.

DURACIÓN

Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñanigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes.
En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado).
Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAÑE GODE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha establecido como vía de comunicación entre los profesionales de primaria y los de atención continuada un corcho en el área de urgencia, donde se informa de pacientes críticos, terminales, ingresados etc
- Se han realizado 3 sesiones sobre código infarto: 1/ SESIÓN GENERAL 2/ CASOS CLÍNICOS 3/ DERIVACIONES ESPECIALES ECG (hoja de firmas de asistentes)
Se han formado dos profesionales del centro en código ictus (fin de formación Diciembre 2017). Realizarán sesión para el centro en Enero 2018
-Se ha actualizado el set de ANAFILAXIA elaborado en proyecto previo acorde a nueva guía del SALUD
-Se ha organizado un nuevo SET de atención a lactante con ACIDEMIA PROPIÓNICA por un caso grave declarado en nuestro área
- Se ha continuado con las revisiones del área de urgencias y el maletín de domicilios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la revisión del área de urgencias y el maletín de domicilios. La revisión del maletín se ha completado de forma mensual (con una sola excepción) como estaba programada. La revisión del área de urgencias, aunque se ha mejorado con respecto a anterior valoración, no se ha hecho de forma semanal como estaba previsto, con un mínimo de 1 vez al mes y un máximo de 4.
No se ha conseguido realizar sesión conjunta con UME de Sabiñanigo por cambios en personal de la misma (motivos ajenos al centro de salud)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente mejorar periodicidad revisiones urgencias
Pendiente actualización RCP
Una medida sencilla como un corcho en urgencias ha mejorado comunicación sobre pacientes críticos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta línea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia
Facilitar la atención a la emergencia

MÉTODO

En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada
Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñánigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración
También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias)
Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias

INDICADORES

1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñánigo (hoja de firmas)
2/ Grado de cumplimentación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias

DURACIÓN

Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñánigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes
En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado)
Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Fecha de entrada: 17/12/2017

2. RESPONSABLE TEOFILO LORENTE AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO MARTIN ADOLFO
BANDRES FRANCO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Octubre 2016: reunión con responsables de las dos residencias de nuestra localidad (enfermería en un caso, auxiliar de enfermería y personal de dirección en otro) para explicar el proyecto y coordinar las acciones
- A partir de Noviembre 2016 : iniciamos la cita de las consultas administrativas de las residencias como "demanda no presencial", de forma que puedan gestionarse de la forma menos disruptiva posible en consulta
Coincidiendo con la vacunación anual de gripe se procede a actualizar la vacunación antineumocócica de los usuarios institucionalizados que carecían de ella, quedando vacunados prácticamente el 100% de los residentes.
Los facultativos realizan una valoración de qué residentes se beneficiarían de la vacunación indicada en pacientes de riesgo y se procede a su remisión a consulta Medicina Preventiva H. Jaca.
Los nuevos ingresos en residencia son citados como "domicilios programados" a su médico de referencia, de forma que, se realiza visita al nuevo ingresado en plazo de 1 mes; en el plazo de 1 semana si la institucionalización ha sido motivada por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente)
-Se instaura OMI en las dos residencias geriátricas
-Enero 2017: sesión clínica a cargo del centro de salud sobre manejo del SARM en residencias geriátricas, con asistencia de enfermería y auxiliares de ambas residencias
- Junio-Julio 2017: todos los usuarios institucionalizados son citados como "domicilio programado" con su médico de referencia. Esta cita sirve a modo de recordatorio para que el profesional realice al menos una valoración anual de la evolución del paciente: si ha habido cambios en situación basal, revisión de medicación crónica, revisiones pendientes etc.
-Octubre 2017: reunión equipo para valorar estado del proyecto y áreas de mejora
-Diciembre 2017: sesión con servicio de Geriátrica sobre anciano frágil (pospuesta a Enero por circunstancias del ponente)
Reunión con responsables de residencia para recordar / actualizar objetivos del programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: del total de nuevos institucionalizados desde Noviembre, se procede a valorar cuántos tienen su situación basal anotada en OMI (se han excluido de esta medición los fallecidos, los ingresos temporales y los pacientes <65 años que ingresaron por causa psiquiátrica y/o social):
- TOTAL NUEVOS INGRESOS: 21
13 SI anotada situación basal en OMI / 8 NO anotada
INDICADOR 2: nº de citas programadas de revisión anual que se tradujeron en actuación por parte del facultativo de atención primaria (se midió revisando las citas programadas realizadas en Junio y Julio, valorando en OMI si se habían traducido en solicitud de analítica, revisión de medicación, visita programada o actualización (tipo derivación a geriatría, revisión de situación basal etc)
de 114 CITAS PROGRAMADAS citadas: 42 se tradujeron en actuación (36% del total)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto una mejora en la coordinación con las residencias de nuestra localidad, con una mayor implicación del profesional de atención primaria en el seguimiento de estos pacientes, una mejora de la cobertura vacunal y una optimización de la anotación en la historia clínica de estos usuarios. Creemos que esto redundará en mejora de la seguridad, disminuyendo posibilidad de errores y mejorando la calidad de la atención en estos pacientes que, a pesar de ser en su mayoría pluripatológicos y polimedicados, en muchos casos estaban recibiendo menos atención que otros usuarios en las mismas condiciones
ÁREAS DE MEJORA: al valorar el nº de residentes que tenían su situación basal anotada, se detectó gran variabilidad en el lugar de anotación de las mismas. En reunión de equipo se decidió unificar criterios y anotarla en "avisos" al profesional.
Se detectó también un error (no identificado) al citar el domicilio programado anual de uno de los cupos: sólo fueron citados 4 pacientes
En los últimos meses del año (coincidiendo también con cambios de personal en ambas residencias), se ha detectado una disminución de observancia de los ítems acordados: citas programadas de nuevos institucionalizados, informar a facultativo de ingresos hospitalarios de residentes, valoración vacunal de nuevos ingreso...Se procederá a recordar los objetivos y actuaciones a los profesionales de la residencia

7. OBSERVACIONES.

El 2º indicador que en un principio nos proponíamos medir (nº de nuevos institucionalizados que tiene su situación basal anotada en historia de papel de la residencia) ha sido sustituido por otro. El motivo es que comprobamos que dicha anotación era realizada por personal de la residencia con lo cual no era una forma válida de medir la actuación del equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/847 ===== ***

Nº de registro: 0847

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, LORENTE AZNAR TEROFILO, BANDRES FRANCO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGICOS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a usuarios de residencias es especialmente compleja por tratarse en su mayoría de pacientes pluripatológicos.
La visita a estos pacientes suele realizarse a última hora de la jornada laboral, existiendo a veces un infrarregistro en los historiales de estos usuarios
La carga de trabajo administrativo que se genera desde las residencias es habitualmente alta, no estando organizada en las agendas de los profesionales
Una de las residencias que asistimos dispone de atención facultativa, y muchas veces delegamos el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo la complejidad de los mismos exige optimizar su atención por parte de todos los implicados, no siendo deseable que el médico de atención primaria asuma el papel de mero gestor administrativo o disponible únicamente para casos de urgencia
Por otro lado, el facultativo de la residencia no tiene acceso a información de historia clínica electrónica como los facultativos del SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
1.Organizar el trabajo administrativo generado desde las residencias, realizándose de la forma menos disruptiva posible para el profesional del SALUD
2.Mejorar la coordinación con el facultativo de la residencia que dispone de él
3.Aumentar la implicación de los facultativos del SALUD como profesionales de referencia de los usuarios institucionalizados
4.Disponer de una historia clínica actualizada de estos usuarios
5.Estar al día de los nuevos ingresos de residentes, sobre todo de aquellos con patología médica importante
6. Mejorar la seguridad del paciente, minimizando errores provocados en el proceso de institucionalización (cambios en su medicación habitual tras ingreso hospitalario, pérdida de revisiones por especializada etc)
7. Optimizar la cobertura vacunal de estos pacientes

MÉTODO
Las citas administrativas se gestionarán como "demanda no presencial" para que el profesional disponga de hueco específico para ellas
Los profesionales del centro de salud tendrán notificación de cada nuevo ingreso de residente asignado a su cupo y se comprometen a realizar una visita inicial a dicho residente en el plazo de 1 mes .Si se trata de un ingreso motivado por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente) la visita se intentará realizar en el plazo de 1 semana.
Cada usuario de la residencia tendrá recogido en su historia clínica (tanto de OMI como de papel en la propia residencia) la situación basal del residente, de manera que el personal que atienda a dicho usuario de manera puntual, pueda contar con esta información.Dicha historia de papel en la residencia también recogerá las visitas del personal del SALUD, ya sea de su médico/enfermero, como de personal MAC/EAC.
Por parte de la residencia se aportará fotocopia de los informes médicos de los residentes, tanto de hospitalización como de consulta por especializada
Los médicos del centro de salud nos comprometemos a realizar de forma anual una valoración de la evolución de cada uno de los usuarios que tenemos asignados. En esta valoración se prestará atención a revisión de medicación crónica.En el caso de la residencia que dispone de facultativo, se comentarán sugerencias con él.Para que sirva de recordatorio se citará anualmente a cada médico un DOMICILIO PROGRAMADO de los residentes que tiene asignados
Por parte del centro de salud se priorizará la vacunación de los pacientes institucionalizados
Se invitará a los profesionales sanitarios de la residencia a las sesiones clínicas que estén relacionadas con atención al paciente geriátrico, y se les mantendrá actualizados sobre las novedades que puedan surgir que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

impliquen a pacientes de su competencia

INDICADORES

1. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en OMI
2. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en la historia de la residencia

DURACIÓN

Noviembre 2016: tras reunirnos con los responsables de las residencias, nos empezaran a informar de cada nuevo ingreso, que se citará como domicilio programado de medicina y enfermería
Junio 2017: se citará a cada médico un domicilio programado de todos los residentes asignados a su cupo, para que revise si ha habido cambios significativos en situación, revise medicación etc
En septiembre 2017 se evaluarán indicadores

OBSERVACIONES

Se solicitará a Gerencia la implantación de OMI en los ordenadores de que dispone la residencia

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Mayo hasta Noviembre de 2017 se ha llevado a cabo la formación del profesional de atención primaria, mediante 10 días de rotación en consulta de Dermatología H. de Jaca.
En Octubre 2017 se realizó una reunión del equipo de atención primaria para informar a los profesionales
Desde Octubre 2017 se crearon en la agenda del profesional formado a tal fin, huecos de consulta programada para que otros profesionales pudieran remitir a sus pacientes para valoración dermatoscópica: 3 huecos semanales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han valorado un total de 15 pacientes en la agenda creada a tal fin (no incluye a los pacientes del cupo del profesional formado en dermatoscopia, que son valorados en demanda normal)
- 9 pacientes se consideró que no cumplían criterios de remisión a Dermatología
- 1 paciente fué remitida por vía rápida habilitada en este proyecto de mejora, por sospecha de melanoma; tiempo de espera 1 día. Diagnóstico tras extirpación :nevus displásico
-2 pacientes se remitieron de forma preferente, con una espera media de 50 días y con diagnóstico en ambos casos de carcinoma basocelular
-3 pacientes se remitieron por vía normal, con una media de espera de 80 días. Pendientes valoración en Enero, sin diagnóstico actual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar del corto desarrollo del programa hasta ahora, la impresión es que se podrá mejorar la precocidad en el diagnóstico y tratamiento de lesiones malignas, con una excelente respuesta por parte de la dermatóloga de referencia en el único caso sospechoso de melanoma (valorado en 1 día). Esto se verá facilitado también desde primaria al disminuir el número de derivaciones (la mitad de los pacientes valorados al dermatoscopio no fueron remitidos)
Áreas de mejora: creemos imprescindible ampliar la formación del médico de referencia en el centro de salud, para lo cual realizará un curso intensivo de 3 días durante el mes de Abril
Efectos no esperados: además de las patologías inicialmente incluidas en el programa (lesiones con criterios de cáncer cutáneo o atipia), se ha mejorado la resolución de otras patologías (inflamatorias, micóticas etc). Al mejorar la vía de contacto con la dermatóloga de referencia, otras patologías no demorables por lo sintomáticas (aunque no fueran sospechosas de malignidad), también se han beneficiado de su valoración temprana, compartiendo imágenes vía portal del empleado (previo consentimiento explícito del paciente) y adelantando la cita cuando se ha considerado necesario por parte de especializada

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1267 ===== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
- Fomentar la relación primaria / especializada
- Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO

Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referral Guidelines for suspected cancer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas pro otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES

Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:

- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
- Media de tiempo (días) entre la remisión desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
- Diagnóstico de las patologías remitidas
- A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN

Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES

En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado un total de 50 pacientes por la persona formada en dermatoscopia.Estos pacientes eran citados en un hueco específico de la consulta de la responsable del proyecto.
Durante el 2018 esta médico de familia ha ampliado su formación en dermatoscopia mediante curso presencial de 3 días (subvencionado por ella misma)
Además de la vía inicialmente prevista se inició una vía de interconsulta de dudas con dermatología compartiendo archivos digitales vía portal del empleado (previo consentimiento de los pacientes), formato `por el que se han consultado 24 pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 50 pacientes valorados: 28 NO fueron REMITIDOS a otro nivel / 14 fueron remitidos PREFERENTE y 8 fueron remitidos por vía NORMAL
El tiempo medio de espera de los pacientes preferentes fué de 65 días, salvo para las 2 sospechas de melanoma que fueron 11 días (3 días en un caso y 20 en otro)
De las dos sospechas de melanoma, el diagnóstico fué nevus displásico en un caso y el otro no acudió a especializada por cambio de domicilio (paciente desplazado). El resto de diagnósticos de patología preferente remitida fueron: 2 nevus displásicos / 3 nevus azules / 2 carcinomas escamosos / 2 carcinomas basocelulares/ 1 enfermedad Bowen/ 1 pendiente / 1 no acudió

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si bien es cierto que la valoración de las sospechas de melanoma fué precoz, la espera del resto de patología preferente la consideramos excesiva. Aunque en el momento actual se ha reducido considerablemente ese tiempo de espera, las dos participantes de este proyecto han decidido aunar esfuerzos en un nuevo proyecto que mejore la calidad de las derivaciones a dermatología desde primaria, incidiendo en la remisión precoz de patología melanocítica dudosa y la no remisión de patología meramente estética. Dicho proyecto se realizará a lo largo de 2019
También han observado la utilidad de la vía de compatir imágenes en esta especialidad en concreto, y por ello plantean la instauración de la tele dermatología como un objetivo importante a lograr en el plazo más corto posible.
Este proyecto de mantiene como proyecto de continuidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1267 ===== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA

En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiriera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
- Fomentar la relación primaria / especializada
- Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO

Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referral Guidelines for suspected cancer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas por otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES

Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:

- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
- Media de tiempo (días) entre la remisión desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
- Diagnóstico de las patologías remitidas
- A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN

Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES

En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 16/12/2017

2. RESPONSABLE MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN
LORBADA PACHECO MAR
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 2017: reunión EAP y equipo salud mental. Puesta en común del proyecto, lluvia de ideas, reclutamiento de voluntarios, análisis de viabilidad. Organización de contacto con entidades
Desde Mayo a Septiembre: contacto con activos en la comunidad (trabajadores sociales comarca, deportes ayuntamiento, asapme, centro de mayores...)
Septiembre 2017: reunión EAP y asapme para organización y calendario
Desde Septiembre 2017: captación candidatos en consultas
INICIO INTERVENCIÓN: 8 NOVIEMBRE. Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico, con una duración de entre 1:15-1:45 minutos.TOTAL: 6 sesiones. FECHAS: 8/15/22/29 Noviembre y 13 Diciembre (próxima 20 Diciembre). En todas ellas se ha caminado un mínimo de 45 minutos seguidos de estiramientos y/o relajación. Una vez al mes la sesión ha finalizado con 1 hora de ejercicio dirigido por fisioterapeuta del centro de salud (estiramientos y propiocepción).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-participación usuarios: entre 7-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios "sanos" ha oscilado entre 1 y 4.Medido mediante registro de asistencia
-participación profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de 2 profesionales: terapeuta ocupacional asapme, personal del centro de salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de comarca (trabajador social).La implicación de los profesionales ha superado con creces las expectativas iniciales
-Se ha conseguido crear una rutina, al menos semanal de ejercicio. En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado ya hemos observado mejora en capacidad de actividad física (observación directa)
- Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de asapme que ha acudido a todas las sesiones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal conclusión es que ha sido una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. Aparte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado el estigma de la enfermedad mental. En nuestra lista de asistentes discriminábamos inicialmente pacientes y voluntarios. Hemos acabado sin saber, y sin querer saber, a qué grupo pertenecían las nuevas incorporaciones.
Efecto no esperado: aunque inicialmente lo presentamos como un proyecto de salud mental, hemos tenido incorporaciones de usuarios con diferentes patologías (no mentales), que también se benefician de ejercicio, especialmente personas con problemas de aislamiento social
Objetivo no cumplido: se había programado con ayuntamiento 1 hora semanal de ejercicio en el agua con monitor. Debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales aún no se ha podido iniciar dicha actividad (pendiente)
Áreas de mejora: se ha detectado heterogeneidad en las pautas / intensidad del ejercicio en función del profesional a cargo. Se intentará unificar criterios en lo sucesivo.
Hemos observado diferente capacidad entre los usuarios, por lo que ha sido necesario hacer dos grupos que caminen a diferente ritmo.

7. OBSERVACIONES.

A partir del próximo trimestre, deberá disminuir la participación de asapme (por menor disponibilidad horaria en nuestra localidad), cuyo profesional había acudido hasta ahora a todas las actividades y servido de nexo de unión entre las diferentes sesiones. Supondrá un esfuerzo organizativo mayor, pero creemos que con la colaboración de los voluntarios y la participación existida hasta este momento será posible

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1530 ===== ***

Nº de registro: 1530

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico. Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos. La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento. La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES
Indicador nº 1
Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios
Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10
Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)
Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN
Inicio en Octubre 2017. Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES
Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Organización:

-Análisis de la situación: revisión de BOA 24/6/2015 y resolución de 7 de Noviembre de 2017 de instrucciones educativas de atención al alumnado con enfermedades crónicas así como intervención en situaciones de urgencia en los centros docentes de Aragón. Marzo 2018
-Reunión en la que se decide mantener el mismo grupo de trabajo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social. Marzo 2018.
-Selección de centros escolares, se incluye en el proyecto a más centros concertados de la zona de salud. En Junio de 2018 se envían cartas a equipos directivos de centros docentes informando del proyecto. CEIP el Parque, CEIP Pedro J. Rubio, Colegio Salesianos, Colegio San Viator, Colegio Santa Ana.
-En Septiembre 2018 se contacta con los centros que han manifestado su interés en participar de la formación.

Comunicación

-Información sobre la evolución del proyecto al resto de profesionales del equipo de atención primaria en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año.

-Se mantiene informado al grupo de trabajo de pediatría comunitaria de la Asociación Aragonesa de Atención Primaria (arAPAP).

Intervención:

- Se concreta con la dirección de cada centro escolar la fecha de la actividad y los temas a tratar según las necesidades que plantean por las enfermedades de su alumnado.
-Se realizan las sesiones formativas a los docentes:
- Colegio Salesianos: 9 octubre 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Adolfo Cajal, Olga Ordás y Teresa Usieto. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, mareos, convulsiones en niños epilépticos, obstrucción de la vía aérea, diabetes y sus complicaciones en la escuela, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 2 horas.

-CEIP Pedro J. Rubio: 10 de octubre de 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Adolfo Cajal, Olga Ordás, Teresa Usieto y MIR familia. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, convulsiones en niños epilépticos, obstrucción de la vía aérea, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 1 hora y media.

-Colegio Santa Ana: 6 noviembre 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Olga Ordás, Teresa Usieto, Angel Luis Arricivita, MIR familia, estudiante de medicina. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, diabetes mellitus y sus complicaciones en la escuela, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 1 hora y media.

Evaluación:

La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:

-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa de 1 a 5 (siendo la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes: expresión y conocimiento del tema; conocimientos adquiridos, utilidad y si recomendaría la sesión a otros compañeros. Además se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y sus propuestas de mejora.

-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario. La aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar; y el material audiovisual empleado que se proporciona al centro.

Materiales utilizados:

-Algunas de las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Todas se realizan mediante presentaciones en power point que se les proporciona para que puedan consultar posteriormente.

-En la sesión de actuación frente a las convulsiones y a la anafilaxia se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y de la Asociación de Española de Alergología Pediátrica.

-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

1. Número de docentes que participan en la formación /total de docentes:>50%

CEIP Pedro J Rubio: 19/37=51,35%
Colegio Salesianos: 40/45=88,8%
Colegio Santa Ana: 27/32=84,37%

2. N° centros educativos en que se imparte formación/N° total centros educativos de zona básica de salud >50%
Formación en 3 colegios/ 5 colegios ZBS: 60%

Grado de consecución de los objetivos e impacto del proyecto:

En las conversaciones con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.

En un centro se realizaron sesiones también durante el año 2016 y 2017 y en los otros 2 centros concertados es el primer año que se acude.

Se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.

Este año se ha contactado con todos los colegios de la zona con una participación de del 60% de los centros y con una elevada asistencia de docentes a las sesiones

Descripción de resultados alcanzados:

Observador externo:

- Valora como positivo:

. Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente por las presentaciones. Continúan las explicaciones y toman apuntes.

.Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEpap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.

.Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.

.Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.

.El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.

- Puntos de mejora percibidos por el observador:

.En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de los docentes y varios de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.

.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión o ampliar la duración.

Encuestas de satisfacción:

Se recogieron un total de 40 encuestas en el Colegio Salesianos, 12 en CEIP Pedro J. Rubio y 27 en Colegio Santa Ana.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

Colegio Salesianos:

-Duración de las sesiones: 4,35

-Material didáctico utilizado: 4,5

-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,8

-Conocimientos adquiridos: 4,87

-Utilidad: 4,92

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,8

CEIP Santa Ana:

-Duración de las sesiones: 4

-Material didáctico utilizado: 4,3

-Ponentes y conocimiento sobre el tema: 4,6

-Conocimientos adquiridos: 4,5

-Utilidad: 4

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

CEIP Pedro J. Rubio:

-Duración de las sesiones: 4,8

-Material didáctico utilizado: 4,87

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

- Ponentes y conocimiento sobre el tema: 4,8
- Conocimientos adquiridos: 4,92
- Utilidad: 4,8
- ¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

Sugerencias aportadas por los docentes

- Cambio de horario a su horario docente para poder hacerlo más amplio
- Hacer parte más práctica

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes. La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros. El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:
A lo largo de los tres años en los que se ha realizado el proyecto se han ido ampliando los colegios en los que se ha propuesto la formación siendo del 100% de los colegios de la ZBS. Iniciándose en un principio solo en los públicos (CEIP El Parque y Pedro J. Rubio) y extendiéndose posteriormente a los concertados. (San Viator, Salesianos y Santa Ana). De los cinco colegios, han participado 4, habiendo uno que ha manifestado que si necesita alguna información ya es conocedor del proyecto, pero no ha requerido colaboración en este tiempo. Obteniendo por tanto una participación del 100% de los colegios públicos y del 67% de los colegios concertados de la ZBS. Cabe destacar la gran participación del CEIP Pedro J Rubio que ha solicitado formación todos los años del proyecto. Incluso se puso en contacto este año 2018 para que diéramos taller relacionado con la salud a los alumnos de 6º curso, la cual resultó ser muy gratificante para ambas partes.

Valoración del equipo de mejora

La valoración de los profesionales sanitarios es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Así como por la colaboración en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.

Comparación de los cambios entre la situación previa y final. Cumplimiento de objetivos

En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente. Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor pueda recibir asistencia médica.

Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.

La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.

Por todo ello se han cumplido los objetivos que nos planteamos al inicio del mismo y a la vez se ha estrechado un vínculo entre los colegios y el centro de salud para que tengan más confianza a la hora de trasladarnos cualquier duda o necesidad en temas de salud.

Como conclusión final pensamos que este proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto entre el centro de salud y los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/173 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevencion
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referente a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas, conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES
Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%
Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN
Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016
Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016
Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016
Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE PILAR BUIL CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2016, el EAP se implicó en autoformación de conceptos, exploración y manejo de educación grupal. Se realizaron tres sesiones formativas, realizadas tanto por medicina como por enfermería, revisando conceptos de exploración, unificación de mensajes y registro de actividad. (Fechas de realización 25-10-16, 10-11-16, 11-11-16) Se realizó un documento por parte de enfermería sobre consejos prácticos, que fue revisado por el EAP y que se entrega en cada sesión a los pacientes participantes.

Hemos tenido 4 sesiones con pacientes (fechas 23-11-16, 11-05-17, 15-06-17 y 29-11-17).

Como recursos usados, hemos precisado material visual, material de exploración de pie diabético, sala de juntas en condiciones, y 4 despachos para realizar la exploración

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Uno de los indicadores que esperábamos era el N° pacientes que acuden a la formación/N° total de pacientes convocados, >80%. En las 4 sesiones, en total hemos convocado a 60 pacientes, acudiendo 52 de los convocados, lo que supone un 86%. Además acuden familiares implicados en el cuidado, no estando recogidos en estos resultados. Las encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes de manera anónima, todas han dado los resultados más altos/favorables.

Implicación de EAP, en general y principalmente enfermería- Se ha implicado todo el EAP, colaborando de forma unitaria.

Realizada reunión con EAP con fecha 11-10-17 para valorar la satisfacción del EAP y continuidad del proyecto, los resultados son muy favorables, acude todo el personal de enfermería y se decide continuar con el proyecto, además de la buena recepción y dinámica dentro del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora la importancia del trabajo grupal como una nueva experiencia y método de trabajo, con buenos resultados en este proyecto. Interés en continuar. Nueva manera de adquisición de conocimientos, aprendizaje entre iguales.

La responsabilidad en cada sesión va rotando entre los profesionales, eso permite una mayor implicación y gusta esa dinámica.

Se plantea la posibilidad de contactos mapeando la zona básica de salud para aumentar la difusión y conocimiento de esta actividad.

Actividad no limitada por condiciones sociales, ni edad. Posibilidad de aumentar el tema de autocuidados, no solo al manejo de pies, sino conocimientos de diabetes en general, pero de momento, continuaremos con formación de manejo del pie diabético.

Aspectos pendientes: mejora de las condiciones físicas de la sala donde se realiza el proyecto. Mejora de la accesibilidad física para algunos pacientes (se realiza en 4 planta del centro de salud y es una limitación física en determinados casos)

7. OBSERVACIONES.

Proyecto fácilmente realizable en otros centros de salud, interesante para la formación MIR de Atención Primaria y Enfermería comunitaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/520 ===== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad. Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte. Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO

Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

DURACIÓN

Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR BUIL CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han realizado 5 sesiones. Se han incluido pacientes de todos los cupos del EAP. Han acudido 65 pacientes en total. Han sido 3 sesiones antes del verano y 2 en otoño, tal como estaba previsto en el cronograma. Se reparte material explicativo elaborado en el centro de salud. Se ha reorganizado el sistema organizativo dentro del EAP para participar todos los miembros de forma activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación de 93% de los profesionales implicados. Los pacientes convocados han sido 74, han fallado 9, supone una asistencia a la convocatoria de un 82%, superando el estandar de 80%. Se han incorporado 3 de los nuevos profesionales llegados al centro,, el objetivo era lograr, al menos, la participación de 2. Respecto a las encuestas de satisfacción, queda registrado el alto nivel de satisfacción alcanzado por parte de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Interés en el EAP de continuidad de proyecto, satisfacción entre los profesionales al terminar el año. Se puede replantear una actitud más activa por parte de los pacientes, que se valorará para el próximo año.

7. OBSERVACIONES.

En el próximo año 2019 se modificará los componentes de equipo ante la modificación de personal del EAP

*** ===== Resumen del proyecto 2016/520 ===== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA, CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad. Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte. Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO

Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

DURACIÓN

Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA JIMENEZ FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUYUELO DEL VAL PASCUAL
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO
NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR
GIL FERRER LAURA
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
PARALED CAMPOS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
2. Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
3. Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.
4. Se da a conocer el documento de consenso a todos los Centros de Salud del Sector de Huesca mediante el envío de cartas por correo y se fija un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12 /2017(Septiembre de 2017)
5. Se contacta con todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca para evaluar puesta en marcha del documento de consenso. (22 de Diciembre de 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVO PRINCIPAL

Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca. Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.

INDICADORES:

1. Resultados de la búsqueda bibliográfica. N° de documento final a considerar.
2. Número de reuniones para consensuar el documento. Contenido.Distribución del trabajo..
3. N° de profesionales de pediatría del Sector que han recibido el documento.
4. A los 3-6 meses. Valorar el grado de adherencia a dicho documento .

SEGUIMIENTO:

Seguimiento Primer Cuatrimestre:

1-Contacto entre profesionales de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector Huesca:

Se inicia contacto con los distintos profesionales de los Equipos de Pediatría de Atención Primaria del sector de Huesca.

Se crea un grupo de comunicación por medio de correo oficial entre los profesionales incluidos en el proyecto. Además, se ha extendido el contacto al resto de los profesionales de los equipos de Pediatría de Atención primaria del Sector de Huesca, ya que disponemos de un grupo de comunicación de mensajería no oficial a través de redes sociales, que nos permite mantener un contacto estrecho e inmediato. Esta vía se ha utilizado para intercambiar opiniones y concertar reuniones.

Se decide comenzar el proyecto realizando inicialmente una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas en relación al calendario de visitas recomendado para el Programa de Salud Infantil (PSI) y se fija fecha para realizar una reunión el 9 de Mayo abierta a todos los profesionales de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector de Huesca.

2-Búsqueda Bibliográfica:

Para unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría del sector de Huesca para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del Sector, se ha realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

una revisión de distintas intervenciones basándose en los documentos del Programa de Salud infantil (PSI) de la Asociación Española de pediatría de Atención Primaria(AEPap) y otros elaborados por grupos de expertos como la Guía de actividades preventivas por grupos de edad del Grupo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría y Grupo PAPPs infancia y adolescencia del programa de actividades preventivas de la SEMFYC. También, se ha tenido en cuenta los mínimos establecidos en la Cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.

Bibliografía revisada:

- 1.Grupo Previnfad/PAPPs Infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad.En recomendaciones Previnfad/PAPP(en línea).Actualizado mayo 2014.Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
2. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/>
- 3.Galve Sanchez-Ventura J.¿Son eficaces las revisiones de salud en los niños?.Evid Pediatr.2008;4:47.
- 4.Colomer Revuelta J y Grupo Previnfad.¿Cuántos controles son necesarios en el Progra de Actividades Preventivas? En: AEPap ed.Curso de Actualización Pediatría 2004.Madrid: Exlibris Ediciones, 2004:p.57-60.
- 5.http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonésSalud/ÁreasTemáticas/InformaciónCiudadano_DerechosDeberes/ci.01_Atencion_primaria.detalleDepartamento#section5

Seguimiento Segundo Cuatrimestre:

1- Reunión :

Se realiza una reunión el día 9 de Mayo en el centro de salud Santo Grial abierta a todos los profesionales de los Equipos de pediatría del Sector con el objetivo de poner en común los datos encontrados en la búsqueda bibliográfica, valorar las revisiones que se realizan en la actualidad en los distintos centros e intentar llegar a un consenso de unificación de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todo el Sector.

1. Se pone en común los datos encontrados en la bibliografía revisada.
2. Se propone entre todos establecer un número de revisiones considerado como óptimo para satisfacer las necesidades de la población y proporcionar un cuidado adecuado. Según la bibliografía revisada, se objetiva que en la actualidad, no existen evidencias sobre cuál es el número óptimo de revisiones durante la infancia y la adolescencia, por lo que se considera que debe existir una cierta flexibilidad teniendo en cuenta la variabilidad de los distintos equipos como la carga existencial, las posibilidades de organización, personal de los equipos de pediatría disponibles en cada centro, las necesidades individuales de atención de cada cupo, etc.
3. Cada centro reflejó las revisiones que estaban realizando en sus equipos en ese momento.
4. Se evalúan las características individuales de los distintos equipos. No en todos hay la misma disponibilidad de personal a la hora de realizar las revisiones. En este sector, hay centros que no disponen de personal de enfermería de pediatría para realizar las actividades programadas, por lo que disponen de menos recursos.
5. Se considera que lo ideal es establecer el número de revisiones adaptadas a los momentos claves del desarrollo del niño y al calendario vacunal vigente en la medida de lo posible.
6. Se considera que aunque se establezca un número de revisiones como óptimo y se unifiquen criterios, debe existir un margen de flexibilidad para realizarlas según las características de los diferentes equipos.
7. Respecto al reparto de actividades entre el personal de enfermería y pediatras en cada revisión, se considera que debe adaptarse según las características individuales de cada equipo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se considera idóneo por consenso establecer las siguientes revisiones por edades :

- Recién nacido
- 15 días
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 11 meses (sólo vacuna)
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 3 años
- 4 años
- 6 años
- 8 años
- 10 años
- 12 años
- 14 años

2-Comunicación al personal de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector Huesca.

1. Se informa al resto del personal de los equipos de pediatría las decisiones consensuadas a través del grupo de comunicación.
2. Dado que todo el personal no ha podido asistir a la reunión, se deja un plazo para evaluar lo sugerido, propuestas de mejora e intentar el máximo consenso.
3. Se mantiene comunicación periódica a través del grupo de correo y se acepta por consenso el calendario de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

revisiones propuesto en la reunión.

4. Se decide enviar carta del documento de consenso de la periodicidad de las consultas del PSI para todos los equipos de Atención Primaria del sector Huesca y fijar un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12/2017.

Acciones de mejora propuestas tras el segundo seguimiento

Enviar cartas sobre el documento de consenso a todos los equipos del sector Huesca
Fijar fecha de puesta en marcha del nuevo calendario de revisiones consensuado

Seguimiento tercer Cuatrimestre

1-Comunicación del Documento de Consenso a los Equipos de Pediatría del Sector (Septiembre 2017):

Se envían cartas vía correo postal interno del SALUD a todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca en las que se adjunta el Documento de Consenso con las edades de revisiones propuestas y se establece un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12/2017.

Indicador :número de profesionales que han recibido el documento:100%

Se les indica vía y persona de contacto si surge algún problema en la puesta en marcha del proyecto.

2-Contacto con los Equipos de Pediatría para evaluar la puesta en marcha del Documento de Consenso (22/12/2017):

Se contacta con los integrantes de todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca a través de Grupo de Comunicación.

Todos los centros confirman la puesta en marcha del documento y haber realizado los cambios necesarios para adaptarse a las fechas de revisiones consensuadas.

Indicador: Valorar grado de adherencia a dicho documento:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica, se objetiva que en la actualidad no existen evidencias sobre el número óptimo de revisiones de salud a realizar durante la infancia y la adolescencia, por lo que se decide llegar a un consenso entre los profesionales de los Equipos de Pediatría Atención Primaria del Sector de Huesca.

En nuestra propuesta, la periodicidad de las visitas de salud se ha realizado teniendo en cuenta los momentos claves del desarrollo infantil y el calendario vacunal vigente considerando que debe existir cierta flexibilidad para adaptarse a las características de los distintos equipos.

Tras consensuar el calendario de revisiones del niño sano y comunicar el Documento a todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca; se confirma que a finales de Diciembre de 2017 todos los Centros del Sector han puesto en marcha el Documento y han realizado los cambios necesarios para adaptarse a las fechas propuestas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/840 ===== ***

Nº de registro: 0840

Título
DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, PUYUELO DEL VAL PASCUAL, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, GIL FERRER LAURA, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, PARALED CAMPOS TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Programa de salud infantil
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Salud Infantil (PSI), también llamado programa de revisiones del niño sano, consiste en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y en la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y adolescencia.
Es una de las principales actividades ejercidas por los equipos de pediatría en atención primaria y se organiza mediante visitas programadas, coincidiendo con los momentos claves del desarrollo infantil y con el calendario vacunal vigente.
Actualmente, en los equipos de pediatría de los centros de salud del sector de Huesca no existe un único calendario de visitas para realizar las actividades del PSI, sino que el número de visitas se organiza de acuerdo a la sobrecarga asistencial y a la población que atiende cada centro de salud, lo que fomenta la variabilidad y no asegura la equidad a la hora de realizar la atención sanitaria programada en la infancia y adolescencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca.
Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.

MÉTODO
Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.

INDICADORES
Actas de las reuniones presenciales.
Documento único y consensado de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todos los Equipos de Atención Primaria del sector de Huesca

DURACIÓN
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016- ENERO 2017: realización de la revisión bibliográfica
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del Documento de consenso
Abril 2017: Puesta en marcha del nuevo calendario del PSI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Organización:

-Análisis de la situación: revisión BOA 24/06/2015. Instrucciones relativas a organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros no docentes.
-Formación del equipo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social en Marzo 2017.
-Selección de centros escolares en Mayo 2017. Responsables: Zulema Pinillos, Maite Jiménez, Olga Ordás.
-Envío de cartas a la dirección de cada centro al final del curso escolar informando del proyecto. Junio 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Llamada telefónica a los directores de los centros para toma de contacto, explicar proyecto y acordar reunión para concretar intervención. Septiembre 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Reuniones con dirección de centros escolares: Octubre 2017. Responsable Zulema Pinillos y Olga Ordás.

Comunicación:

-Información sobre la evolución de proyecto al resto de los profesionales del centro de salud en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año. Responsable Adolfo Cajal.
- Se realiza curso como evaluar proyectos de comunitaria en Octubre 2017 donde se comparte con otros compañeros del sector. Responsables: Olga Ordás y Zulema Pinillos
-Se da a conocer el proyecto al Grupo de trabajo de Pediatría comunitaria de Arapap (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria) y se presenta en las XIII Jornadas Aragonesas de Pediatría de Atención Primaria el 27 de Octubre dentro de la mesa redonda "Actividades comunitarias: otra manera de hacer pediatría". Octubre 2017. Responsable Maite Jiménez.

Intervención:

-Reuniones con los equipos directivos de los centros docentes para valorar necesidades formativas, concretar los temas a tratar y fijar la fecha de las sesiones.
Las reuniones con los equipos directivos de los centros que han querido participar en el Proyecto se realizaron:

.CEIP El Parque: 5 de Octubre de 2017. Responsable Olga Ordás y Zulema Pinillos
.CEIP Pedro J. Rubio: 3 de Noviembre de 2017. Responsable Zulema Pinillos.

-Sesiones formativas a los docentes .Se desplaza personal del Centro de Salud a los colegios. Se realizan tres sesiones:

-CEIP El Parque: Se realiza el 18 de Octubre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y espasmos del sollozo. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Olga Ordás, Guadalupe Ordoñez)
-CEIP Pedro J. Rubio: Se realiza el 15 de Noviembre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y atragantamientos. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Teresa Usieto, MIR familia)
-CEIP El Parque: Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia (Angel Luis Arricivita Amo)

Evaluación:

La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:

-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa del 1 al 5 (siendo 5 la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes, expresión y conocimiento del tema, conocimientos adquiridos, utilidad y si recomendarían la sesión a otros compañeros. Además, se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y propuestas de mejora.
-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario, la aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar y el material utilizado en las sesiones y que se dejó en los centros. Responsable: Angel Luis Arrecivita, MIR familia en CEIP el Parque y Olga Ordas en CEIP Pedro J. Rubio.

Materiales utilizados:

-Las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

<https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/guia-aepap-para-centros-docentes>

-En la sesión de actuación frente a las convulsiones se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y se les facilitó el enlace a web de consulta (vivirconeepilepsia.es)

-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Valor Indicadores:

1. N° reuniones de grupo: Se han realizado a lo largo del año varias reuniones entre los componentes del grupo, aunque no de forma protocolizada. Se plantea para el próximo año realizar reuniones de forma más establecida en la que participen todos los componentes.

2. N° de sesiones formativas dadas a los docentes. Contenido.

Sesión formativa en CEIP El Parque: Convulsiones, Anafilaxia y alergias, heridas y traumatismos, espasmos de sollozo y desvanecimientos.

Sesión formativa aspectos psicosociales en situaciones de urgencia-emergencia en CEIP El Parque

Sesión formativa en CEIP Pedro J Rubio: Convulsiones, anafilaxia y Alergias, heridas y traumatismos y atragantamientos.

3. N° Docentes que participan en la formación/N° total de docentes:

- CEIP El parque 15/30= 50%

- CEIP Pedro J rubio: 35/37: =94,59%

4. N° centros educativos públicos en que se impone formación/N° total CEIP zona básica se salud: 100%

5. N° CEIP en los que se contacta /N° CEIP en los que se realiza formación: 50%

Grado de consecución de los objetivos del proyecto:

En las reuniones concertadas con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.

En ambos centros se realizaron sesiones también durante el año 2016 y se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.

Se ha contactado con todos los colegios públicos de la zona y con 2 concertados.

Con una participación de momento del 100% de los centros públicos y con una participación una elevada asistencia de docentes a las sesiones.

Descripción de resultados alcanzados:

• Observador externo:

- Valora como positivo:

. Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente por las presentaciones .Continúan las explicaciones y toman apuntes.

.Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEPap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.

.Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.

.Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.

.El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.

- Puntos de mejora percibidos por el observador:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

.En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de los docentes y tres de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.

.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión y limitar la duración a una hora para evitar sobrecarga de información a los docentes.

.Falta de tiempo para formular dudas. Sería necesario fomentar el espacio de dudas y preguntas.

- Encuestas de satisfacción:

-Se recogieron un total de 12 encuestas en el CEIP El parque y 37 en CEIP Pedro J. Rubio.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

CEIP El parque:

-Duración de las sesiones: 5

-Material didáctico utilizado: 4,5

-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,5

-Conocimientos adquiridos: 5

-Utilidad: 5

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

CEIP Pedro J Rubio:

-Duración de las sesiones: 4

-Material didáctico utilizado: 4

-Ponentes. y conocimiento sobre el tema: 4

-Conocimientos adquiridos: 4

-Utilidad: 4

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

- Sugerencias aportadas por los docentes:

-Cambio de horario de las sesiones dentro de su horario docente.

-Aumentar el tiempo para poder formular dudas y preguntas.

-Falta de tiempo para abordar algunos temas y excesiva información en otros.

-Propuesta de nuevos temas para futuras sesiones.

- Los datos recogidos aportan una información muy valiosa para continuar con el proyecto, conocer la percepción de los docentes, identificar áreas de mejora y detectar los aspectos que mejor valoración reciben para potenciarlos.

En general se ha percibido una buena acogida de la iniciativa en los colegios. Las encuestas de satisfacción han permitido valorar a través de las altas puntuaciones alcanzadas que los docentes manifiestan haber aumentado los conocimientos que tenían previamente sobre el tema y que consideran útil la formación recibida.

Valoran de forma muy positiva el material que se deja en los centros para poder acceder a él si lo necesitan en algún otro momento. El proyecto ha permitido darles a conocer recursos que desconocían como la Guía para centros docentes de la AEPap, webs de consulta y las vías correctas de solicitar ayuda sanitaria. También valoran positivamente los dispositivos que se llevaron para probar y que pueden ser necesarios utilizar en situaciones de emergencias previsible en niños con enfermedades crónicas conocidas. Manifiestan que enfrentarse a estas situaciones les produce angustia y temor y el hecho de poder practicar con los dispositivos les da mayor tranquilidad y mejora sus habilidades a la hora de mejorar la atención inicial de estos niños en caso de emergencias.

La sugerencia de nuevos temas a tratar en otras sesiones nos muestra su interés por dar continuidad al proyecto y ampliar su formación.

Desde el grupo de colaboradores incluidos en el proyecto del centro de Salud se percibe como una experiencia positiva de oportunidad de acercamiento a los colegios, que ha permitido que nos conozcan y abrir vías de comunicación para trabajar de forma conjunta en la mejora de la calidad de la asistencia y bienestar de los niños con los que ambos colectivos trabajamos.

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes.

La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros. El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes. La valoración de los profesionales sanitarios también es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Perciben también la falta de tiempo y las prisas de algunos docentes por finalizar por temas de horario.....

Comparación de los cambios entre la situación previa y final.

En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente. Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor puedan recibir asistencia médica.

Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar cada año alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.

La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.

Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:

-Se oferta el proyecto a todos los colegios que pertenecen a la zona básica de Salud del centro Santo Grial a la que corresponden dos centros públicos (CEIP El Parque y Pedro J.Rubio) y dos concertados (San Viator y Salesianos).

De momento, han participado los dos centros públicos y uno de los centros concertados ha mostrado interés en concertar una reunión a principios del próximo año.

-Se realizan las sesiones en los centros con una participación de los docentes de:

.CEIP El Parque: asistencia de 15 docentes de un claustro de 30 (50%)

.CEIP Pedro J.Rubio: asistencia de 35 docentes de un claustro de 37 (94,59%)

-Colaboran en evaluación del proyecto a través de las encuestas de satisfacción el 80% de los asistentes del CEIP El Parque y el 100% de los asistentes del CEIP P.J.Rubio.

Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados:

-Se ha objetivado un descenso en la asistencia de profesorado en uno de los centros respecto al año anterior. Según los datos recogidos por el observador externo y las sugerencias de los docentes parece que ha podido ser motivado por el horario elegido desde el equipo directivo del centro para realizar la sesión. Sugieren la formación sea realizada dentro de su horario docente.

-Es complicado evaluar de forma objetiva la mejora del grado de conocimiento adquirido por los docentes sin haber realizado algún cuestionario previo a la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de dificultades y flexibilidad del proyecto:

-De acuerdo a lo reflejado en el apartado de sugerencias dirigido a los docentes, en muchos de los casos coinciden en reflejar que hay poco tiempo para poder formular dudas y preguntas y que al dar varias sesiones juntas es mucha información para la duración conjunta de las charlas.

Sería necesario limitar el número de temas a tratar por sesión para fomentar una mayor interacción entre el claustro y el personal sanitario a través de resolución de dudas, exposición de situaciones reales vividas en los centros, etc.

-El horario en la que se realizaron las sesiones fué propuesto por los equipos directivos de los colegios y el personal sanitario que se desplazó a los centros se adaptó a la propuesta. A pesar de esto, algunos profesores sugieren que las sesiones deberían realizarse dentro de su horario docente.

Pensamos que esta ha podido ser la causa de ausencias, de retrasos de asistencia sobre el horario previsto y de que algunos de ellos se marcharan antes de terminar las charlas; por lo que de cara a próximas sesiones, estaría bien intentar concertar con los equipos directivos el horario que mejor se pudiera adaptar a los docentes.

Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones. Posibilidades de extensión y de replicabilidad de las iniciativas en otros centros:

-El proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto desde el centro de salud con los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos.

-El proyecto de momento se ha puesto en marcha en dos de los centros escolares de la zona de salud que han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

mostrado interés en participar. Se va a seguir con el proyecto en estos centros. Se han concertado nuevas sesiones con otros temas sanitarios.

Se ha mantenido la comunicación con otro de los centros que ha manifestado querer iniciar el proyecto más adelante y con el otro centro, también se ha contactado en distintas ocasiones vía telefónica. Conocen el proyecto, la disponibilidad de nuestro equipo y forma de contactar en caso de querer participar.

-Es un proyecto que precisa escaso consumo de recursos materiales y que por sus características es fácilmente reproducible desde cualquier otro centro de salud .

Se ha dado a conocer desde el Grupo de Pediatría Comunitaria y en las Jornadas de Arapap mostrando varios pediatras interés en poder poner en marcha proyectos similares de colaboración con los colegios desde sus equipos de Atención Primaria.

- Cambiar el formato de las sesiones para intentar posibilitar una mayor interacción e intercambio dinámico de información entre los docentes y el personal sanitario. Limitar la duración de las sesiones a una hora y el número de temas tratados por sesión, evitando la sobrecarga de información y dejando mayor espacio para dudas, exponer situaciones reales y practicar con los dispositivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/173 ===== ***

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevencion
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referente a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES

Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%

Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN

Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016

Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016

Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016

Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
LATRE OTAL VANESSA
USIETO GRACIA TERESA
IDÁÑEZ RODRIGUEZ DOLORES
BUIL CALVO PILAR
DUASO ALLUE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-- En noviembre 2016 se procede a elaborar el listado de las niñas nacidas entre el 1/1/2002 y 31/12/2003.
--Se evalúan por separado los resultados obtenidos de la cohorte de niñas nacidas en 2002 y las nacidas en 2003.
--En febrero 2017, se actualizan los miembros del equipo (hay variación debido a los traslados)
--En marzo 2017 se hace un primer corte para valorar cuantas de las niñas nacidas en 2002 todavía tienen pendiente alguna dosis y se hace captación activa de las mismas llamándolas por teléfono. También se evalúa como va la captación de las niñas nacidas en 2003.
-- En Julio 2017 se realiza otro corte de características similares.
--En noviembre 2017 se realiza otro corte .
--Todas las niñas que acuden a la primera dosis salen de la consulta con la cita de la 2ª dosis y se pone un Flash en OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la 2ª dosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES DE NIÑAS NACIDAS EN 2002

De 117 niñas nacidas en 2002 se excluyen 4:
1 No se puede contactar . No acude al centro desde hace 3 años.
1 Se excluye. Ha ido a vivir a otro país.
2 Se vacunan en centro externo.
Entran a formar parte del programa 113 niñas

1-- Nº niñas 1ª dosis papiloma /Nº niñas programa papiloma: 104/113 cobertura: 92.04%

Los motivos de no vacunación han sido:
4 niñas rechazan la vacuna del papiloma pero no la dT
4 niñas rechazan las 2 vacunas
1 se llama reiteradamente y no acude.

2-- Nº niñas 2ª dosis de papiloma / Nº niñas que reciben la 1ª dosis: 98/104 Cobertura :94.23%

3-- Nº niñas que salen de la primera revisión con cita para la 2ª dosis: Cobertura :100%

4-- Nº de niñas en cuya Hª consta haber recibido Educación Sexual. Este ítem no se evalúa en las niñas nacidas en 2002 debido a que este indicador se introdujo cuando más de la mitad de estas niñas ya habían venido a la primera cita.

INDICADORES DE NIÑAS NACIDAS EN 2003

De 92 niñas nacidas en 2003, se excluyen 5:
4 no se logra contactar. No acuden al centro desde hace varios años.
1 Se vacuna en centro externo.
Entran a formar parte del programa 87 niñas.

De estas se evalúan en esta memoria para la primera dosis, las nacidas hasta el 31 de agosto de 2003, y para la segunda las nacidas hasta el 31 de marzo de 2003 ya que en ocasiones la cita se les da con varios meses de retraso por distintos motivos (presión asistencial, retraso por enfermedad, estudios..). Son un total de 48 niñas para la 1ª dosis y 17 para la 2ª.

1-- Nº niñas 1ª dosis papiloma /Nº niñas programa papiloma: 46/48 Cobertura:95,08%.

Los motivos de no vacunación han sido:
1 Rechaza la vacuna del papiloma y la dT.
1 Pendiente de vacunar con cita asignada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

2-- Nº niñas 2ª dosis de papiloma / Nº niñas que reciben la 1ª dosis: 17/17 Cobertura :100%

3-- Nº niñas que salen de la primera revisión con cita para la 2ª dosis: Cobertura :100%

4-- Nº de niñas en cuya Hª consta haber recibido Educación Sexual./ Nº niñas que acuden a la primera dosis papiloma 27/46 . Cobertura 58,62%
Inferior al objetivo marcado que era de un 95%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este programa ha supuesto una oportunidad de mejora importante, ya que gracias a la captación activa (En ocasiones ha sido necesario llamar de forma reiterada), se ha observado un aumento importante en la cobertura vacunal de 2ª dosis de papiloma respecto a la cohorte de niñas de 2001, pasando de un 86,44% a un 94,23%, alcanzando casi el objetivo fijado que era de un 95%, Es muy importante que el mayor número posible de niñas esté protegido. Con los datos analizados hasta el momento, de las niñas nacidas en 2003, parece que los resultados van a ser incluso mejores.

Otro punto de interés importante analizando los datos provisionales de las niñas nacidas en 2003, es que sólo hay 1 niña que haya rechazado la vacunación (en el año 2002 fueron 8). Creemos que la información que se da a las familias sobre vacunación es muy importante, en ocasiones hay que dedicar tiempo a explicar bien las cosas ya que permite aclarar ideas erróneas .

El Nº de niñas en el que consta haber recibido Educación Sexual coincidiendo con la 1ª dosis del papiloma es bastante inferior al esperado . Para intentar aumentar esta cobertura, cuando las niñas acudan a la 2ª dosis de papiloma se revisará la Hª de OMI, y si no la han recibido se les dará coincidiendo con la 2ª dosis .

7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado el seguimiento para las niñas nacidas en 2002.

Para poder dar por concluido el programa, habrá que continuar durante el año 2018, puesto que las niñas nacidas en el segundo semestre de 2003, no cumplirán criterios de 2ª dosis hasta el año 2018. Además como se ha indicado en el punto anterior se intentará mejorar la cobertura en Educación Sexual cuando acudan a esta 2ª dosis.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/936 ===== ***

Nº de registro: 0936

Título
ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

Autores:
DOSTE LARRULL DIVINA, ORTILLES GARCIA MARTA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, LATRE OTAL VANESSA, IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES, BUIL CALVO PILAR, DUASO ALLUE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: población sana sin patologia
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Vacuna contra el virus del Papiloma Humano, se administra en la Comunidad Autónoma de Aragón en dos dosis. En el año 2016 ha estrado en vigor un nuevo calendario vacunal y dicha vacuna se administrará a la edad de 12 años. Todavía existen unas cohortes de niñas, las nacidas en 2002 y 2003 a las que se les administrará la vacuna a los 14 años. Por lo tanto cuando corresponde administrar la 2ª dosis ya no son pacientes pediátricas y por tanto es más fácil que se pierdan oportunidades de administrar la segunda dosis. Continuando con el programa iniciado el año anterior se administrarán las dos dosis en la consulta de pediatría, la primera coincidiendo con el programa del niño sano a los 14 años, y la segunda seis meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

después.
Se va a aprovechar la oportunidad para realizar Educación Sexual a las niñas cuando acudan a la cita de la primera dosis.

RESULTADOS ESPERADOS

En el programa desarrollado el año pasado se ha obtenido una cobertura de 1ª dosis de papiloma del 94.28% y de 2ª dosis de papiloma del 86,44%, algo inferior a lo esperado.
Se espera que el mayor número posible de niñas inicien la vacunación. Lo ideal sería una cobertura en la primera dosis superior al 95%.
Alcanzar una cobertura de vacunación de 2ª dosis de papiloma superior al 95%
El 100% de las niñas deben de salir de la primera consulta con la cita para la 2ª dosis.
Un porcentaje de niñas superior al 95% deben recibir Educación Sexual

MÉTODO

Elaborar un listado de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--Captación de estas niñas para darles la cita de la revisión de los 14 años, donde se les administrará la primera dosis de vacuna y se les dará información sobre Educación Sexual que deberá quedar reflejado en la Historia Clínica.
--Las niñas saldrán de la consulta con la fecha de la cita de la segunda dosis.
--Para reforzar el programa se pondrá un "Flash" en Historia clínica de OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la segunda dosis.
--Si no acuden a la cita prevista se realizará captación activa por teléfono.

INDICADORES

--Nº de niñas de 14 años que reciben la primera dosis papiloma/ Nº total niñas 14 años.
--Nº de niñas 14 años que reciben la segunda dosis papiloma/Nº niñas que recibieron la primera dosis.
--Nº de niñas que salen de la primera revisión con la cita de la segunda dosis.
--Nº de niñas en cuya historia consta haber recibido Educación Sexual.

DURACIÓN

--Elaboración de listados de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--En Diciembre de 2016 se realizará un primer corte, para evaluar la progresión del programa y hacer captación de las niñas que no han acudido .
-- Así sucesivamente se harán cortes trimestrales y se recopilarán datos hasta que se de el programa por concluido (de las niñas nacidas a finales de 2003 no se podrán tener los resultados hasta mitades del 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1145

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 27/03/2018

2. RESPONSABLE SARA BORNAO CASAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NICAS FIANCES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Organizativas

Formación del personal responsable y colaborador del proyecto a través de los programas y estrategias de promoción de salud del SNS desde el día 01/01/2016 hasta el 01/03/2016

- De comunicación

El día 07/03/2016 se informa al EAP del proyecto "QUEDADA" apoyadas por metodología audiovisual obtenida de los audiovisuales del SNS de promoción de Salud y un vídeo de las actividades físicas realizadas en nuestro centro de salud con población adulta antes de iniciar el proyecto como tal

El día 14/03/2017 se colocan panfletos informativos en las puertas de las consultas de nuestro centro de salud

El mismo día 14 se empieza a aprovechar el momento de las consultas para informar del proyecto a los pacientes adultos

El 15/03/2016 se contacta con las responsables de las asociaciones de la zona y se presenta el proyecto

- De intervención

El día 15/03/2016 se da la primera charla informativa en la asociación de mujeres y consumidores de Sariñena

El día 24/03/2016 empezamos con las sesiones semanales de una hora de duración los jueves de 10 a 11. En ellas combinamos ejercicios de calentamiento, aeróbicos, anaeróbicos y estiramientos, teniendo en cuenta las condiciones físicas y las patologías de cada usuario

En caso de meteorología adversa aprovechamos la sala multiusos del centro para dar información sobre hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a dichas asociaciones

Nº de usuarios que acuden a las sesiones/Nº de usuarios a los que se les ha informado de dicha actividad

Nº de usuarios que acuden a la quedada/Nº de usuarios a los que se les ha recomendado participar en la misma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista del trabajo realizado hasta la fecha hemos podido observar varios problemas que son los que nos llevan a tener dificultades a la hora de hacer una buena evaluación del proyecto

- Por ello nos planteamos como mejora hacer un buen diseño del proyecto que nos permita poder evaluarlo con rigor

- Integración al programa de otros miembros del EAP

No cabe duda de que el proyecto está más que justificado dada la evidencia científica del ejercicio físico en el proceso de salud enfermedad, pero es un proyecto que no puede realizar una sola persona. Por ello, el plan de mejora empezaría integrando más al EAP y haciéndolo participe de las actividades.

- Implicación de los servicios municipales y otras asociaciones con las que compartir el proyecto y poder solicitarles no solo la prestación de locales para llevar a cabo las sesiones informativas y las de ejercicio físico sino también el personal que ellos tienen contratado para la realización de actividades de ocio y tiempo libre

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1145 ===== ***

Nº de registro: 1145

Título
QUEDADAS POR TU SALUD

Autores:
BORNAO CASAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1145

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NECESIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA EN UNA POBLACIÓN CRÓNICA Y ENVEJECIDA COMO ES LA DEL EAP SARIÑENA

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales sobre actividad física y reforzar su mantenimiento a aquellos que las cumplen, así como reducir el sedentarismo. Dar a conocer a la población adulta la importancia que tiene la actividad física sobre el proceso salud-enfermedad. Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física. Aumentar la actividad física en los individuos que no cumplen las recomendaciones internacionales sobre actividad física. Reforzar el mantenimiento en los que sí las cumplen. Reducir el sedentarismo

MÉTODO

Educación individual/grupal CASASA
-Valorar la actividad física y periodos sedentarios
-Analizar factores y barreras que influyen en la práctica o no de la actividad física
-Con pacientes que no cumplen las recomendaciones, consensuar objetivos progresivos
-Romper periodos sedentarios de más de dos horas
-Planificar un seguimiento "registro de la actividad física"
-Informar de los recursos comunitarios

INDICADORES

REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN EL FORMATO AL EFECTO. Realizar al menos una quedada mensual

DURACIÓN

Continuación de actividad realizada en 2016, en principio sin fecha de fin

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARNAL BESCOS
· Profesión MATRONA
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MOLINA PILAR
ROMAN ESCARTIN MANUELA
SAMPER ESCANILLA PILAR
ALBA CANELA MARIAN
SESA RUSPIRA PILAR
BLANCO GIMENO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2016, realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema, buscando la evidencia científica actual disponible.

Entre mayo y junio 2016 redactamos el proyecto y lo remitimos al Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de Salud cuando se publicó la convocatoria.

En junio 2016, en reunión de matronas del sector realizamos una discusión y puesta en común del proyecto y concretamos fecha para reunión con los fisioterapeutas del sector ya que habíamos concebido en un inicio el programa como multidisciplinar

En octubre 2016 mantuvimos la reunión con fisioterapeutas del sector. Se concluye que por razones de espacio, tiempo y formación no ven conveniente participar en el proyecto. Además se nos comenta que ya existe una unidad de suelo pélvico, especializada en el Hospital San Jorge, en el Servicio de Rehabilitación, por todo ello decidimos llevar a cabo nuestro proyecto derivando los casos necesarios al servicio de RHB por medio del MAP.

En el mes de noviembre de 2016, comenzamos con la selección de participantes, captando en la visita del puerperio tardío (cuarentena) a las mujeres con una puntuación en testing vaginal < 4

y por tanto son incluidas en programa y concertamos visita

con ellas a los 3 meses y 6 meses postparto, si aun no llegan al testing de 4.

Se les informa y enseña la realización de ejercicios de suelo pélvico y educación sanitaria así como medidas higiénico dietéticas y factores de riesgo para las disfunciones del SP. La educación sanitaria en este caso es individualizada así como entrenamiento de estos ejercicios. Muchas de ellas habían aprendido a realizarlos en la educación maternal.

1. Constituir el grupo de mejora objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

2. Derivar de forma precoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas.

3. Definir el protocolo de actuación

4. Definir los indicadores de seguimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar.

En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontáneamente del todo.

Transtornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención por parte de las matronas de atención primaria.

55%
Nº DE PUÉRPERAS QUE COMPLETAN LAS TRES SESIONES/PUÉRPERAS CITADAS.

44
Nº DE PUÉRPERAS QUE TIENEN AUMENTO EN LOS TEST DE OXFORD MODIFICADO SEGÚN PIGNÉ EN DOS PUNTOS COMO MÍNIMO. TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA LA ESCALA EN EL OMI EN VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO.

68

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº DE MUJERES CITADAS POR OTROS TRASTORNOS: INCONTINENCIA URINARIA, PROLAPSOS O DISFUNCIONES SEXUALES .

4

Nº DE MUJERES CON OTROS TRASTORNOS QUE TIENEN AUMENTO EN LOS TEST DE OXFORD MODIFICADO SEGÚN PIGNÉ EN DOS PUNTOS COMO MÍNIMO. TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA LA ESCALA EN EL OMI EN VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

64,28% N° DE MUJERES DERIVADAS A ESPECIALIZADA
NUMERO DE MUJERES CITADAS = % .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como la recuperación del suelo pélvico es básica en cualquier edad y en el postparto es susceptible a debilitarse, se espera con la implantación de dicho proyecto prevenir, detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos

Se han logrado definir los indicadores de seguimiento y mejorar los registros del suelo pélvico en OMI.

En la visitas de seguimiento a la mujer se le han reforzado: Las enseñanzas de autoconocimiento de su suelo pélvico.
Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico de rutina y sobre todo si carga peso.
Evitar realizar deportes de impacto y el estreñimiento.

Queda demostrado que las mujeres que realizan los ejercicios de kegel indicados y controlados por la matrona de atención primaria en el postparto y en disfunciones sexuales y/o urinarias, han notado mejoría evidente y mayor calidad de vida, aunque no hayan aumentado en más de 2 puntos en la puntuación de la Escala de 0

Análisis de las causas posibles por las que no se llega en los indicadores de peor resultado.

- Las puerperas del medio rural tienen más dispersión geográfica que la que vive en zona urbana y esto les dificulta el desplazamiento al centro de salud para realizar las 3 sesiones de seguimiento.
- Hay mujeres que no tienen incontinencia urinaria pero sí disfunción del suelo pélvico de otro tipo y no acuden a los seguimientos por que no le dan importancia.
- Otras mujeres desean ir al Fisioterapeuta privado y entonces no acuden a realizar seguimiento con matrona de primaria.
- En las poblaciones que atiende C.S Sabiñanigo y C.S Jaca, el tocólogo las cita a las mujeres en Hospital de Jaca para que acudan a las visitas del puerperio precoz y tardío, entonces se pierden mujeres para ver y controlar su suelo pélvico con la matrona de primaria.
- Muchas mujeres no aumentan la puntuación del testing por que reconocen que no hacen los ejercicios del suelo pélvico.
- Hay mujeres que te llaman para anular la cita del seguimiento por incontinencia de orina o disfunción sexual por que sienten mejoría que no puedes valorar de forma objetiva por que ya no te acuden.
- La lejanía que existe en el medio rural para acudir al Servicio de Rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca, supone que aunque han sido derivadas por el MAP y citadas en menos de 6 meses, no puedan acudir .
- Los prolapsos de útero y vejiga a partir del grado 2 no son ni recuperables ni susceptibles de mejorar con ejercicio de kegel.

- Darle en persona a la mujer la cita para el próximo seguimiento del suelo pélvico.
- Llamarla el día de antes a la mujer para recordarle la cita.
- Crear episodio de incontinencia, prolapso o disfunción sexual en el tapiz del OMI para registrar mejor los seguimientos

7. OBSERVACIONES.

- Sería importante tener un perinómetro modelo EPI-NO Delphine plus, en las consultas de la matrona de primaria, para realizar mejor la valoración cuantitativa del suelo pélvico y para usar de biofeedback con la paciente.
- Nos gustaría tener formación continuada y multidisciplinar con el servicio de Fisioterapia del Hospital San Jorge, para compartir y aprender a trabajar mejor la musculatura del suelo pélvico y que nos cuenten que métodos y resultados observan al tratar y rehabilitar la musculatura del suelo pélvico en la puerpera y en la mujer con disfunciones sexuales y/o urinarias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/739 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:
ARNAL BESCOS MARIA JESUS, SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, ROMAN ESCARTIN MANUELA, ALBA CANELA MARIA ANGELES, SESA RUSPIRA MARIA PILAR, ESCANILLA SAMPER PILAR, BLANCO GIMENO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con los años de experiencia, se ha detectado que no existe un protocolo de las actuaciones a seguir, cuando una paciente acude a la consulta de la matrona, para captar de forma precoz mujeres en riesgo de padecer una disfunción de suelo pélvico. Observada la necesidad se prioriza el tema, ya que de manera habitual detectamos en nuestras consultas mujeres que presentan dichas disfunciones.

RESULTADOS ESPERADOS
La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar. En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontáneamente del todo. Trastornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención por parte de las matronas de atención primaria. Con la implantación de dicho protocolo se espera mejorar el conocimiento de las mujeres de su propio cuerpo, detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos.

MÉTODO
Constituir el grupo de mejora objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Derivar de forma precoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas. Definir el protocolo de actuación. Definir los indicadores de seguimiento.

INDICADORES
-Comprobar la correcta realización y adhesión al tratamiento: realización de los ejercicio de Kegel de 3 a 7 días a la semana. En plantilla de OMI para valoración de Suelo Pélvico.
-La valoración y seguimiento de las puérperas se realizará, en tres consultas concertadas: puerperio tardío, a los 3 meses y 6 meses postparto.
-Aumento en los test de Oxford modificado según Pigné en dos puntos como mínimo. También está incluida la escala en el OMI en valoración del Suelo Pélvico.
-Derivar a Rehabilitación a las mujeres que tras las visitas concertadas no consiguen una valoración en el test de Oxford de al menos 4 puntos

DURACIÓN
Reunión Equipo investigador: mayo 2016
Reunión Equipo multidisciplinar (con fisioterapeutas de atención primaria del Sector): octubre 2016
Selección de participantes y seguimiento con las actividades propuestas: de noviembre 2016 a junio 2017
Análisis de la información obtenida: julio-octubre 2017
Resultados y conclusiones: octubre 2017
Informe final: octubre-noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE CARMEN VERA BELLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO
LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO
CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN
NAVARRO PEÑALVER ARANZAZU
IBORT OTAL CRISTINA
CANCER MORE PILAR
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones seriadas presenciales los primeros jueves de cada mes entre los equipos de pediatría de atención primaria de cada uno de los centros del sector de Huesca

Se establece a su vez un medio de comunicación oficial mediante correo y no oficial a través de redes sociales que permita mantener informados a todos los participantes tanto de la programación de las reuniones así como de las conclusiones establecidas.

En dichas reuniones se ponen en común inicialmente las pautas sobre la introducción de la alimentación complementaria dadas por los distintos profesionales en su centro correspondiente, así como revisión y actualización de recomendaciones actuales según la bibliografía revisada sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil (AEP, AEPap, ESPGHAN, SEN, OMS...)

Unificando criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría se establecen unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1 / Creación de un documento único y consensado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca que se entregará a los padres en las revisión de salud correspondientes y que incluye las siguientes características :

CONSIDERACIONES GENERALES

La Leche materna es el mejor alimento para el bebe. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años o hasta que la madre y el niño quieran.

Se aconseja iniciar el proceso de diversificación alimentaria a los 6 meses y nunca antes de los 4 meses.

El calendario de incorporación de nuevos alimentos es siempre una información orientativa.

Se deben ir incorporando los alimentos de forma progresiva de uno en uno y en pequeñas cantidades respetando un intervalo de algunos días para cada alimento observando como se tolera.

A medida que el niño crezca es aconsejable ir incorporando preparaciones diferentes a los triturados(alimentos chafados o pequeños trozos) . No dar alimentos sólidos duros y pequeños con los que puedan atragantarse .

El ambiente durante las comidas debe ser cómodo y relajado evitando estímulos externos (televisión, móvil, tablet ...).

Es bueno hacer que el niño participe de su alimentación: dejarle tocar y elegir los alimentos que quiere llevarse a la boca entre los que se le han ofrecido

No todos los niños comen la misma cantidad de alimento. Cada niño tiene una necesidad diferente que varia a lo largo del tiempo. No es recomendable forzar.

OBSERVACIONES SOBRE ALGUNOS ALIMENTOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Fórmulas infantiles/Derivados lácteos/Leche de vaca

- o Fórmula tipo 1 o de inicio: Desde el nacimiento hasta los 6 meses . Como alternativa a la lactancia materna cuando ésta no sea posible o como complemento de la misma cuando sea necesario
- o Fórmula tipo 2 o de continuación: En los niños alimentados con fórmula es aconsejable pasar a este tipo a partir de los 6 meses
- o Derivados lácteos (yogurt natural, queso fresco) se pueden ofrecer a partir de los 9 meses
- o No dar leche de vaca antes de los 12 meses

Cereales sin gluten (arroz, maíz...) y cereales con gluten (trigo, avena, cebada y centeno).

- o A partir de los 6 meses . Siendo aconsejable introducir el gluten antes de los 7 meses

Frutas. A partir de los 6 meses

- o Deben ser variadas, naturales y del tiempo
- o Ofrecer con cuchara. No se aconsejan darlas en biberón por el riesgo de producir caries
- o Las consideradas más alergénicas (frutas rojas o con pelo) suelen retrasarse hasta después del año, aunque no es imprescindible

Verduras . A partir de los 6 meses

- o Puede ofrecerse cualquier verdura (judías verdes, puerro, calabacín, patata, puerro, cebolla, zanahorias), EXCEPTO aquellas que contienen gran cantidad de nitratos (espinacas, acelga, borraja, apio, col, remolacha) que se recomiendan no añadirles hasta los 12 meses .
- o Se aconseja consumir la verdura el mismo día conservándose en nevera y si se desea guardar más de 24 horas deberá ser congelada

Carne. A partir de los 6 meses

- o Pollo, pavo, ternera, cordero ... SIN GRASA. Las vísceras no son aconsejables

Pescado. A partir de los 6 meses

- o Pescado blanco y azul .
- o Se recomienda utilizar pescado previamente congelado
- o No se recomienda en menores de 3 años el consumo de determinados pescados azules (pez espada o emperador, atún rojo, cazón, lucio) por su alto contenido en mercurio.
- o No dar la cabeza de los crustáceos (gambas, langostinos, cigalas ...) ni el cuerpo de los cangrejos, ya que contienen cadmio.

Legumbres. A partir de los 6 meses

- o Lentejas, garbanzos, alubias...
- o Cocinadas con verduras, arroz ... sin embutidos

Huevo. A partir de los 6 meses

- o Siempre bien cocinado (huevo duro, tortilla, revuelto), 2-3 veces por semana
- o Primero la yema y luego la clara (más alergénica)

Otras recomendaciones

- o Empezar a ofrecer agua al introducir alimentos diferentes a la leche
- o A los alimentos no se les debe añadir ni azúcar, ni miel ni edulcorantes
- o Es conveniente evitar la sal . Si se emplea que sea en pequeñas cantidades
- o Se puede añadir aceite de oliva extra a los alimentos en pequeñas cantidades
- o No se recomiendan los alimentos superfluos (bollerías, chucherías, patatas fritas, chocolates, galletas, embutidos ...)

2/ Incluir estas recomendaciones en las plantillas unificadas del programa informático OMI -AP para que sean accesibles a todos los profesionales del equipo de atención primaria : Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida e idealmente de forma complementaria hasta los 2 años de edad junto con la introducción de la alimentación complementaria supone un proceso de gran importancia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

para el crecimiento y desarrollo del niño

Debemos tener en cuenta que no existe un calendario único . Se decide crear este proyecto para unificar la información y elaborar unas recomendaciones básicas para la introducción de la alimentación complementaria con el fin de:

- que los padres conozcan de manera sencilla el tipo de alimento que pueden dar a su hijo
- servir a los profesionales sanitarios como guía para reforzar la información que se les facilita a los padres
- informar a la población general sobre la introducción de la alimentación complementaria

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/846 ===== ***

Nº de registro: 0846

Título
REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
VERA BELLA CARMEN, PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO, LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO, CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN, NAVARRO PEÑALVER ARANZASU, IBORT OTAL CRISTINA, CANCER MORE PILAR, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recomendaciones de alimentación a población infantil sana
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alimentación complementaria se define como cualquier alimento sólido o líquido que no sea leche materna o leche de fórmula adaptada y el momento óptimo para introducirla, según la OMS, es a partir de los 6 meses de edad. Si no se introduce la alimentación complementaria en el momento y la forma correcta se pueden producir problemas en la salud futura del niño: retraso en la adquisición de la masticación, deficiencias vitamínicas, anemia, obesidad...
En la actualidad, cada equipo de atención primaria del sector de Huesca introduce la alimentación complementaria siguiendo unas pautas propias lo que genera gran disparidad en la información que se transmite a las familias de los niños y puede generar desconfianza y confusión en los padres sobre estas recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente.
Incluir estas recomendaciones sobre la introducción de la alimentación complementaria en las plantillas unificadas del programa informático OMI-AP para que sean accesibles a todos los profesionales del Equipo de atención Primaria.

MÉTODO
Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades científicas nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil, la OMS... en torno a la introducción de la alimentación complementaria.
Elaboración por parte de los pediatras y las enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del uso del correo electrónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Inclusión del documento de consenso para la unificación de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca en las plantillas de consejos del programa informático OMI-AP.

INDICADORES

Actas de las reuniones presenciales organizadas por los profesionales.
Documento único y consensado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria para todos los Equipos de Atención Primaria del Sector

DURACIÓN

Noviembre-Diciembre- 2016- Enero 2017: realización de la revisión bibliográfica.
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del documento de consenso.
Abril 2017 - en adelante: informar a las familias en las consultas programadas del programa de salud infantil (PSI) de las nuevas recomendaciones en la introducción de la alimentación complementaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1144

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA TERESA PARALED CAMPOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS SARIÑENA
- Localidad SARIÑENA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORNAO CASAS SARA
GAZOL PERIZ YOLANDA
BURGOS DIAZ M VICTORIA
PRIETO BONSON ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

18/05/17: Preparación al parto: El recién nacido (5 personas)
27/05/17: Hábitos saludables en la población de Capdesaso y organizada por la asociación de vecinos de dicha población (28 personas)
22/09/17: Educación diabetológica en la población de S. Juan del Flumen. (14 personas)
24/09/17: Presentación del documento "Queda con tu salud" en el marco de la Feria Agrícola y ganadera de Sariñena (FEMOGA 17) con la colaboración de las distintas asociaciones y empresas dedicadas al fomento del ejercicio físico. Participación de 34 personas
09/12/17: Fomento del ejercicio físico: "Queda con tu salud" organizado por la agrupación de peñas de Sariñena. Participación de 63 personas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados se pueden medir con la participación de las distintas organizaciones y personas en las actividades realizadas.
Entidades colaboradoras: Comarca de los Monegros, Ayuntamientos de las poblaciones de la zona de salud (Sariñena, Lanaja, Lalueza, Sena, Villanueva de Sijena, Capdesaso y Albalatillo)
Asociaciones: Agrupación de peñas Sariñena, Grupo de senderismo y montaña, Club natación Sariñena
Empresas: Hozona, Irsa, Mapi Durgalé

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es satisfactoria ante la respuesta de la población aunque ciertamente es difícil medir el impacto sobre los hábitos de salud de la población.
La elevada presión asistencial de la zona, por sus características, impiden la participación en centros escolares, población que sería muy importante su abordaje
Sería conveniente continuar con las actividades ya iniciadas y llegar a alcanzar la población infantil y joven en los centros escolares

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1144 ===== ***

Nº de registro: 1144

Título
TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

Autores:
PARALED CAMPOS TERESA, BORNAO CASAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1144

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

PROBLEMA

Fomentar el autocuidado y la educación para la salud en un EAP con población envejecida y nivel socioeconómico medio

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a la población educación para la salud, establecer vías de comunicación con la comunidad de la ZBS para atender sus necesidades con más calidad

MÉTODO

Se realizarán un mínimo de 6 charlas o talleres de salud comunitaria

Se captarán los pacientes en consulta de enfermería y/o medicina, o bien se anunciarán las charlas mediante carteles en el CS. También se podrán realizar talleres a solicitud de asociaciones de vecinos, FEACCU, ayuntamientos, otras.

INDICADORES

Realización de al menos 6 charlas/talleres de educación comunitaria al año. Recogida de las mismas, con contenido, fecha y número de asistentes

DURACIÓN

Año 2017 (continuación de proyecto llevado a cabo en 2016)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1204

1. TÍTULO

DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CEREZUELA SAMPER
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
PUENTE GALAN MARIA RAFAELA
CANO SANCHEZ MARGARITA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA
DUASO ALLUE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un documento de consenso.
Mantenimiento de las agendas
Informe mensual

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el RIF de cada equipo en el 90% de los casos
Citación a través de Salud informa para todos los profesionales del sector (ver observaciones)*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha ayudado a entender mejor la complejidad de OMI_AP y a dar más valor a la calidad de registro.
Gran dificultad cuando se trata de modificar programas informáticos, gran diversidad en las respuestas dadas desde los diferentes responsables

7. OBSERVACIONES.
El porcentaje se refiere a la concordancia de los actos de las agendas con el documento de estandarización, no se han podido trabajar los RIF, la DAP ha solicitado el aumento en un administrativo para poder desarrollar bien la unidad de Atención al Usuario en AP, derechos ARCO y actualización de RIF, pero no ha sido posible.

*No ha sido posible debido a que en el sector hay un número importante de cupos en los que no hay asociación médico/enfermera por lo que un número importante de usuarios no pueden acceder a la citación a través del salud informa. Problema que se solucionaría con la asignación de enfermera a través de BDU.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1204 ===== ***

Nº de registro: 1204

Título
ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI-AP

Autores:
CEREZUELA SAMPER CARMEN, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, PUENTE GALAN MARIA RAFAELA, CANO SANCHEZ MARGARITA, GARCES ROMEO TERESA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA, DUASO ALLUE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de unificación previa al incremento de centros con OMI AP y la facilidad que proporciona OMI a la hora de crear Actos y Agendas varias, habían llevado consigo una diversificación de los tipos de cita en cada centro, que dificultaba enormemente la elaboración del Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP), lo que conllevaba una difícil extracción de los datos así como la poca fiabilidad de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1204

1. TÍTULO

DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP

RESULTADOS ESPERADOS

Para poder corregir errores comunicados por el SIAP mensualmente y a su vez poder realizar una correcta y realista extracción de los datos que repercuten en los Acuerdos de Gestión Clínica de los centros. Además una correcta identificación para los usuarios de las agendas en el salud informa, lo que implica citarse a través de la web.

MÉTODO

Desde esta Dirección de Atención Primaria, se trabajó en un documento adecuado a las necesidades del Sector y se realizó una reunión con los profesionales de admisión de todos los centros de salud, realizando las explicaciones y aclaraciones oportunas al respecto, e indicando que este proceso forma parte de su Acuerdo de Gestión de 2016.

Una vez explicado, se les informa que con fecha 31 de diciembre de 2016 se llevará a cabo la revisión de los actos y agendas y ver el cumplimiento del punto del Acuerdo.

Este proyecto continua hasta conseguir la uniformidad y estandarización del 100% de agendas y actos

INDICADORES

Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el rif de cada equipo.
La evaluación se llevará a cabo como una auditoria externa desde la DAP

DURACIÓN

2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1149

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP

Fecha de entrada: 25/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEREZUELA SAMPER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación a los profesionales de enfermería del sector y TCAE "atención al paciente diabético tipo 2"
Adecuar los recursos a las necesidades de autoanálisis ajustar consumos de los centros.
EIR de comunitaria trabajo de investigación
Información trimestral a los equipos sobre la adecuación del seguimiento de los pacientes diabéticos a sus necesidades.
en la carpeta compartida con los centros de la evolución de este proyecto se informa de las incidencias trimestralmente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han emitido el 100% de informes de incidencias de registro. (trimestral)
Concordancia registro OMI/EXCEL proyecto se ha mejorado un 5% en el registro de agujas y un 1 % en el de tiras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos conseguido una base de datos de los diabéticos del Sector más actualizada que los registros de OMI, no hemos conseguido mejorar el registro en OMI sobre el material que se entrega a los diabéticos. Los datos recogidos nos sirven como análisis de la situación para el Proyecto propuesto para el 2018, ya que actualizaremos nuestro censo de pacientes DM tipo 1 con calculadores de bolo y bombas de insulina, ya que no coinciden con los datos proporcionados por la consulta de endocrino. Y también nos muestra acciones que tenemos que dejar de hacer con el paciente tipo 2.

7. OBSERVACIONES.

Pensar mejor el título del Proyecto, no refleja el desarrollo del mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1149 ===== ***

Nº de registro: 1149

Título
GESTION DEL PROGRAMA DE TIRAS Y AGUJAS DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se observa un registro no actualizado en la DAP del consumo de tiras y agujas de los pacientes diabéticos. Se plantea un registro por parte de los profesionales, actualizado, el stock del material estará vinculado a esto. Intentar identificar la multicausalidad del bajo registro e iniciar actividades de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el registro de tiras y agujas suministradas en OMI-AP para optimizar el gasto y garantizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1149

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP

suministro a todos los pacientes que lo precisen.

MÉTODO

Se ha creado un acceso a una carpeta compartida entre DAP y los centros de salud, donde aparecía la excel por cupos. En febrero 2016 se puso en marcha, esta excel contenía el listado de diabéticos que hasta ahora se hacía en la Secretaría de Dirección y que sabíamos que no estaba actualizado. Se indicó a los profesionales de enfermería, administrativos y TCAE, que de manera trimestral se debería hacer una actualización de los mismos. Desde la Dirección de enfermería, se han hecho informes trimestrales (marzo, junio, diciembre, en septiembre no se pudo realizar), donde se informaba a los centros los errores que había en la hoja, bien de registro o de no adecuación del material que estaba registrado para las necesidades de ese paciente. Se les informaba del consumo mensual, y se dio acceso a la responsable del almacén para que actualizara los pactos de los centros en base a estas necesidades reales.

Por otra parte se han hecho extracciones de OMI por parte del servicio de informática del sector de los DGP V_TIRAS y V_AGUJAS, comparando estos resultados con el registro en la Excel. Este dato se presenta como indicador clínico propio del Sector.

El registro de consumo de agujas sigue estando muy por debajo de las necesidades reales, esto no se debe solamente a la falta de registro sino también a la reutilización de las mismas por parte de los pacientes, dato que se ha tratado en sesiones clínicas en los centros de salud, para intentar mejorarlo.

INDICADORES

- **INDICADORES DE MEDIDA:** Se compararán los resultados obtenidos en el indicador de Tiras y agujas a pacientes diabéticos (DGP V_TIRAS y V_AGUJAS), con los datos de la Excel. Auditoría De las Excel por la Dirección de Enfermería
- **RESULTADOS ESPERADOS:** Concordancia de datos, y suministro de tiras y agujas adecuado a todos los pacientes.

DURACIÓN

La evaluación se realiza trimestralmente por la DAP, la duración prevista del protocolo dependerá de la mejora de 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 - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 14/12/2018

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.

CALVO GASCON ANA MARIA
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de las agendas propias de la consulta de paliativos, formación en el cuestionario NECPAL y monitorización de la actividad de las mismas agendas en aquellos centros en los que han aceptado su desarrollo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo de partida: 0 centros en nuestro Sector tenían agenda o habían comenzado este proyecto antes de su inicio en 2017.

El estándar de control sería de la aplicación en al menos el 20% de los Centros de Salud.

De los 14 centros del Sector el 20% serían 2,8 centros (3 centros).

En este momento la aplicación de las agendas activas con el programa de paliativos está activa en 3 Equipos (Ayerbe, Biescas y Berdún).

Con lo que si el baremo alcanzase unos objetivos entre el 20% del estándar sería de 10 puntos máximos con 3 centros y 0 puntos con 2 centros.

Al alcanzar el máximo del estándar la puntuación en este proyecto alcanza los 10 puntos.

Los resultados de este proyecto no se pueden evaluar en un indicador de impacto poblacional debido al tamaño de estos 3 centros y su dispersión.

La fuente de datos de los resultados es la actividad de agendas proporcionada por el departamento de control de gestión de Huesca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las agendas de paliativos han tenido poco impacto en muchos de los centros, presentados, el cuestionario NECPAL no ha sido bien recibido por todos los profesionales de primaria y se comparten estos pacientes en los Equipos de atención primaria sin necesidad de reflejar los datos en una agenda propia de paliativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1712 ===== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente susceptible de cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
- 2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
- 3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO

- 1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)
 - 2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
 - 3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
 - 4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
- Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES

- 1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
- 2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
- 3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
- 4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN

Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

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
CALVO GASCON ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación registro indicadores.
Formación en detección y abordaje del EPOC
Renovación de espirómetros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en los siguientes indicadores:

- 1 Pacientes fumadores a los que se les ha realizado la intervención tabáquica (61,62% a 64%)
- 2 Personas mayores o igual a 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco (51,8% a 60%)
- 3 Razón de prevalencia de EPOC (2% a 2,3%)
- 4 Pacientes con Diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año (27,34% a 34,4%)
- 5 Pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vias aéreas (20,6% a 33%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cambiar la indicación de la espirometría a pacientes fumadores con sintomatología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1713 ===== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una línea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Línea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCIÓN Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

MÉTODO

Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además formación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES

Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluidos en los AGC de los equipos dentro de la línea estratégica del EPOC.

DURACIÓN

2017-2018

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 - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Fecha de entrada: 13/12/2018

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.
CALVO GASCON ANA MARIA
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se ha conseguido modificar la zona de screening de EPOC en OMI de acuerdo a las nuevas recomendaciones que relacionan la realización de la espirometría con la presentación de síntomas en pacientes fumadores.
No pudiendo incorporarse el cuestionario planteado por esta Dirección para facilitar el diagnóstico de EPOC en pacientes fumadores y revisar la correcta prevalencia de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: Aumento del porcentaje de los pacientes fumadores que se les ha realizado la intervención tabáquica un 5%.
Valor inicial del que se partía para mejorar: 68.63%.
Valor final objetivo máximo: 72.42%
Rango de puntuación max y 20%max: 72.42%- 71.02% (10-0)
Cifra alcanzada: 71.31%= 2 puntos/10.
Fuente de datos: Cuadro de mandos, evolución de indicadores, intervención de tabaco desde 31/12/18 hasta el 13/12/18:

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No es efectivo proponer ningún proyecto que suponga modificaciones de OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1713 ===== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una línea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Línea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

MÉTODO

Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además formación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES

Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluidos en los AGC de los equipos dentro de la línea estratégica del EPOC.

DURACIÓN

2017-2018

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 - 2016/0622

1. TÍTULO

PROCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE BELEN ARTERO GUILLEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO OREA SAGRARIO
GARCIA PARDOS ANA
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA
JUNCOSA ASIN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha cumplido con el calendario marcado y los recursos empleados fue un equipo de 5 profesionales y material sobre todo informático para el diseño y desarrollo de la memoria.
Elaboración de un procedimiento común y estructurado a seguir ante la fuga de un paciente (9 reuniones de equipo)
Elaboración de hojas de registro y comunicación de la fuga completas y uniformes (8 reuniones de equipo)
Propuestas de mejora (2 reuniones de equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados:

Se han creado:

Documento actualizado del Protocolo de fuga del CRP Santo Cristo de los Milagros
Hojas de registro y comunicación de la fuga actualizadas, completas y uniformes

Indicadores:

La fuente de obtención de los indicadores detallados a continuación serán las nuevas hojas de registro diseñadas para tal fin.

-Nº de fugas reincidentes / Nº de fugas totales x 100

-Cumplimentación de la hoja de registro de fuga

-Nº fugas registradas según protocolo/ Nº fugas totales x 100

Desde el año 2015 al 2017, un total de tres años, en el total de las tres unidades (Psicogeriatría, Larga Estancia y Media estancia) el registro de fugas registradas según protocolo son 30 de las cuales 20 han sido fugas reincidentes, lo que significa un 66.66% de reincidencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos propuestos fueron:

-Establecer un marco de actuación común ante un caso de fuga adecuándolo a la normativa legal establecida

-Disminuir el tiempo de actuación ante una fuga y mejorar la efectividad y eficiencia de las intervenciones necesarias a implantar

-Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que recoja la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente y posibilite así una evaluación periódica de los indicadores propuestos

Conclusiones y propuestas de futuro:

La fuga de un paciente del centro es un incidente grave de seguridad por lo que es susceptible de ser comunicado de una forma estructurada y uniforme para una mayor coordinación y eficacia en la intervención y registrado para poder identificar fallos y poder establecer planes de mejora.

Además de una rápida y coordinada intervención ante la fuga de un paciente se ve necesario y fundamental una adecuada prevención para minimizar riesgos e intentar disminuir los casos de fugas, para lo que se proponen mejoras futuras descritas a continuación en el siguiente párrafo

Se recomienda la inclusión futura a este protocolo de una valoración individualizada del riesgo de fuga estableciendo una clasificación de niveles de vigilancia e indicaciones específicas del manejo del riesgo dentro de los Planes Individuales de Atención al paciente.

Este nivel de riesgo y vigilancia no es estático, varía a lo largo del tiempo, según el estado del paciente, por lo que será necesario una revisión continua para que sea acorde a las circunstancias presentes.

Esta propuesta se hace con el objetivo de mejorar la prevención de la fuga unificando criterios y tomando decisiones compartidas y prudentes, sin centrarse solamente en el procedimiento a seguir cuando ocurre ésta. Para una mejor evaluación del protocolo y siguiendo los indicadores ya descritos, de aquí en adelante se registrarán tanto el total de fugas reales como las registradas

7. OBSERVACIONES.

He enviado a otro lugar previamente esta memoria equivocadamente (apartado acuerdos/contratos 2018)
Disculpen las molestias ocasionadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/622 ===== ***

Nº de registro: 0622

Título
ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACION DE FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Autores:
ARTERO GUILLLEN BELEN, GARCIA PARDOS ANA MARIA, JUNCOSA AIN CARLOS, MARCO OREA SAGRARIO, RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es frecuente que algunos pacientes hospitalizados en un momento determinado decidan abandonar el hospital o planificar una fuga, especialmente en los casos en que desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados en contra de su voluntad. Debido a la vulnerabilidad del paciente en el contexto de una crisis, las fugas y abandonos son un riesgo para la seguridad del paciente y potencialmente de otras personas. La responsabilidad de los profesionales en cuanto a la custodia de los pacientes en salud mental, se ve en ocasiones en conflicto con el cumplimiento de la normativa vigente que salvaguarda el derecho a la autonomía del paciente (Ley 4/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente). La organización sanitaria deberá procurar una atención que además de respetar la dignidad de la persona y libertad individual, garantice la seguridad de los pacientes a su cargo, por lo que se establece la necesidad de realizar una actualización del procedimiento de actuación en los casos en los que se detecte la fuga de un paciente en nuestra unidad así como la inclusión de una valoración del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un marco de actuación común en caso de fugas y adecuarlos a la normativa legal establecida
- Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que proporcione la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente.
- Incluir una valoración individualizada del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención al paciente

MÉTODO

Se realizarán reuniones del equipo para la elaboración y creación de los registros necesarios para agilizar los trámites en el caso de fuga:

- Hoja de registro de fuga (para comunicar el hecho vía Fax al juzgado, Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil)
- Hoja de comunicación de retorno de fuga
- Establecer criterios de clasificación de niveles de vigilancia
- Valoración del riesgo de fuga según los criterios anteriores

INDICADORES

-Indicadores del procedimiento:

1. Elaboración del procedimiento según calendario previsto.
2. Grado de implantación (porcentaje de fugas durante el primer año de aplicación del procedimiento)

- Indicadores del resultado:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

1. Número de fugas registradas durante 1 año de aplicación. .
2. Complimentación de la hoja de registro de fugas durante este periodo

DURACIÓN

Fecha de inicio: Noviembre 2016
Fecha fin : Junio 2017

CALENDARIO

NOVIEMBRE : Reunión del equipo para programación de tareas
ENERO : Elaboración de un borrador
FEBRERO : Elaboración del procedimiento
MARZO : -Información y difusión entre los profesionales del centro implicados en su aplicación
- Aplicación del procedimiento
MAYO : Primera reunión de Evaluación y seguimiento de la implantación
JUNIO : Reunión de seguimiento y evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0884

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA GUERRI LLES
· 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 PARDOS ANA
COLL MATEOS RAQUEL
LAGUNA RODRIGO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas desde el inicio del proyecto han sido:

- 1.- La selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
 - 2.- El desarrollo de los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
 - 3.- La realización en equipo del documento que se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación multidisciplinar (realizado en la convocatoria 2016)
(La parte correspondiente al grupo de trabajo formado por los componentes del equipo (puntos 1, 2 y 3) se finalizó en Mayo 2017)
- No ha sido posible realizar la segunda parte por motivos ajenos al grupo de trabajo. Quedaría pendiente según el organigrama al inicio del proyecto:
- 4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros"
 - 5.- Evaluación mediante reuniones de equipo trimestrales - Realizadas hasta la realización del documento.
 - 6.- Modificación si es precisa, tras la evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Realizar documento "Plan estandarizado de cuidados de Enfermería" - Realizado
- 2.- Evaluación mediante reuniones de equipo trimestrales - Realizadas hasta la realización del documento.
Pendiente retomar tras implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha constatado la necesidad que había de modificar el área de cuidados de enfermería dentro del P.I.R. multidisciplinar usado. Se le ha proporcionado mayor rigor de acuerdo a la taxonomía NANDA, NIC y NOC, quedando algo desvirtuado al tener que adaptarlo y simplificarlo para poder implementarlo.
Dado el trabajo realizado y el convencimiento de la necesidad de mejoría, es nuestro deseo finalizarlo, aunque sea fuera de la convocatoria de Proyectos de mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/884 ===== ***

Nº de registro: 0884

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" (HUESCA)

Autores:
GUERRI LLES YOLANDA, COLL MATEOS RAQUEL, GARCIA PARDOS ANA MARIA, LAGUNA RODRIGO RAQUEL

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0884

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)

PROBLEMA

El C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" es un Centro de Rehabilitación Psicosocial con un equipo multidisciplinar. Se realiza un Plan Individual de Rehabilitación (P.I.R.) de cada paciente, en el cual hay un Área de Cuidados de Enfermería. Se ha observado la necesidad de adaptar El Plan Estandarizado de Cuidados con nomenclatura NANDA, NIC y NOC al formato del P.I.R. Durante el tiempo de trabajo en la convocatoria previa, se ha constatado la necesidad de mejorar y adaptar el Área de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaborar el Plan de Cuidados Estandarizado con los Diagnósticos e Intervenciones más frecuentes en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (ya realizado en la convocatoria 2015)
- 2.- Adaptación al formato P.I.R. multidisciplinar.
- 3.- Implantación del Plan Estandarizado dentro del Área de Enfermería en el P.I.R.
- 4.- Evaluación al año de su implantación.

MÉTODO

- 1.- Se realizó la selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
- 2.- Se desarrollaron los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
- 3.- Se realizará en equipo, el documento de donde se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación individualizándolo (en proceso; por el grupo de trabajo)
- 4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (Equipo de enfermería)
- 5.- Evaluación a los 6 meses del Plan Estandarizado de Cuidados Enfermería (grupo de trabajo)
- 6.- Modificación si precisa, tras la evaluación (grupo de trabajo)

INDICADORES

- 1.- Número de diagnósticos desarrollados y adaptados al formato P.I.R.
- 2.- Implementación del Área de Cuidados de enfermería en el P.I.R.

DURACIÓN

- 1.- Realizar el documento: Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería. (hasta Febrero 2017)
- 2.- Implantación dentro del P.I.R. multidisciplinar (Marzo-Agosto 2017)
- 3.- Evaluación a los 6 meses (Septiembre 2017)
- 4.- Modificación si es preciso (Octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA BERCERO CONCEPCION
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
CUELLO OLIVAN TERESA
GALINDO LASIERRA VICTOR
HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES DE EQUIPO DE MEJORA DONDE SE TRABAJAN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:
-Revisión de las actividades realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos (materiales, humanos)
-Descripción de las actividades a llevar a cabo
-Descripción del protocolo
-Sesiones informativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Reuniones de equipo (grado de cumplimentación)
Numero de reuniones de trabajo realizadas/ Numero de reuniones previstas x 100. 100% (4)
-Documento Protocolo Salidas realizado (si/ No) : Pendiente
-Número de salidas realizadas según protocolo . Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el 31 Diciembre se han elaborado una serie de partes del protocolo como son las formas de actuación y actividades a realizar ante varios tipos de salidas de l centro
Diseño de los registros de salidas
Queda pendiente la elaboración del documento, implementación y difusión del mismo en el centro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/890 ===== ***

Nº de registro: 0890

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GRACIA BERCERO CONCEPCION, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, GRACIA MONTORI ESTHER, CUELLO OLIVAN TERESA, GALINDO LASIERRA JOSE, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

PROBLEMA

Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acompañamiento terapéutico del paciente. Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

MÉTODO

-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

INDICADORES

-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

DURACIÓN

Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017: Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017: Implantación del protocolo en el CRP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Fecha de entrada: 26/02/2018

2. RESPONSABLE SERGIO SARRIA HERREROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ TAUSIA DANIEL
NOGUERAS BRAVO ELISA
ELFAU MAIRAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un "Análisis del uso de fármacos neurolépticos y líneas de mejora". Partiendo de ese conocimiento de la situación, se han identificado áreas de mejora, consensuadas entre los profesionales del equipo de mejora y basadas en el contexto y en la bibliografía.

Se comienzan a implementar, tras una priorización de acuerdo a la factibilidad y al impacto en los pacientes:

1ª Mejorar la información y facilitar accesibilidad

- Registro de pacientes afectados de Trastorno mental grave (TMG)
- Historia clínica informatizada de Salud mental
- Auditoria clínica del uso de neurolepticos

2ª Mejorar las prácticas clínicas

- Formación, implicación y coordinación de los profesionales
- Introducir el consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
- Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ª Supervisar

- Protocolo de seguimiento del tratamiento
- Protocolo de monitorización de efectos secundarios
- Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2017 se eligieron dos de las 9 líneas de mejora identificadas:

1-Diseño e implantación del consentimiento informado

En el diseño del consentimiento se ha realizado un esfuerzo de conciliación entre ofrecer al paciente la información necesaria para que ejerza el derecho que contempla la ley y no crear un estado de alarma o inquietud por la posible incidencia de efectos adversos. Se contempla como una herramienta de información que ayude a establecer un diálogo y una decisión compartida sobre el tratamiento.

Dado que los pacientes que inician tratamiento son los menos, y que la mayoría son pacientes con un uso prolongado en la fecha de presentación del consentimiento, se informa también sobre los riesgos de la discontinuación brusca.

Este consentimiento está abierto a posteriores aportaciones de los profesionales implicados y al debate sobre sus efectos en la práctica clínica diaria. El formato se puede consultar en el anexo I

2-Diseño e implantación del protocolo de seguimiento de tratamiento Se ha diseñado un protocolo de seguimiento de tratamiento que trasciende los aspectos meramente médico-farmacológicos. La complejidad de los TMG y su repercusión en todas las esferas de la vida de los pacientes obliga a poner el énfasis en aspectos psicosociales.

En este seguimiento es fundamental la coordinación entre profesionales. Aunque se ha diseñado una hoja de registro, el formato papel es poco operativo, por lo que para compartir y agilizar información y coordinación estamos a la espera de la informatización de la historia clínica de salud mental y del registro de casos de TMG.

Como vemos pues es difícil poder implementar medidas aisladas y así se señalaba en el documento de referencia, cuando decía que es el conjunto de ellas, con su interdependencia, lo que hará posible una mejora real de la asistencia.

Ya existen en la práctica clínica habitual protocolos de seguimiento sobre aspectos parciales del tratamiento, como se hace con los pacientes que consumen clozapina ante el riesgo de agranulocitosis, o con los consumidores de sales de litio. Estos protocolos están en marcha y estandarizados.

En el protocolo se incluyen una hoja de inclusión en el protocolo con datos de contacto e información básica en el área institucional, de salud y sociolaboral. Se ha elaborado además una ficha de registro anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

donde dejar constancia de la intervenciones que se realizan por los distintos profesionales que intervienen en el seguimiento del caso. Además se anotara la cumplimentación del tratamiento, pruebas complementarias y analíticas perceptivas, hospitalizaciones e intervenciones en el área sociolaboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante identificar líneas de mejora y abordarlas de forma proactiva en el ámbito de la salud mental. La presencia de profesionales de salud mental en todos los ámbitos de la atención sanitaria es imprescindible para la continuidad en la atención, pero dificulta la coordinación y la implantación de nuevas acciones.

7. OBSERVACIONES.

Se pretende hacer una implantación progresiva a lo largo de 2018 tanto del consentimiento informado como del protocolo de seguimiento, para lo cual se comenzara por los CSM adscritos al CRP, una vez valorada la plantilla de profesionales actual y su disponibilidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1216 ===== ***

Nº de registro: 1216

Título
LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN EL CENTRO DE GASTO DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SARRIA HERREROS SERGIO, PEREZ TAUSIA DANIEL, NOGUERAS BRAVO ELISA, ELFAU MAIRAL MARIA

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los neurolepticos son fármacos cuyo objetivo es bloquear de los receptores D2 postsinápticos. La acción de los neurolepticos ni es selectiva a nivel local, ya que afecta al conjunto del sistema dopaminérgico, ni es exclusivo a nivel receptorial ya que afecta a muchos otros receptores además de los dopaminérgicos.

Estamos ante unos fármacos que no ofrecen un ttº etiológico sino sintomático, que fueron inicialmente aprobados para su uso en la esquizofrenia y con usos actuales mas amplios, muy poco selectivos a nivel receptorial y con un perfil de efectos secundarios y posibles complicaciones relevantes.

En los últimos años hemos asistido a una importante polémica y es difícil evaluar tanto la eficacia como la seguridad de estos fármacos, porque el grueso de las publicaciones ha tenido influencia de la industria farmacéutica. En algunos casos se ha ocultado (no se ha comunicado) resultados desfavorables de estudios patrocinados por multinacionales que posteriormente ha sufrido multas millonarias.

Los efectos secundarios son muy diversos y de potencial gravedad. Existe infinidad de literatura, pero hay dos hechos a resaltar, la alta frecuencia de las alteraciones hormonales y endocrinometabólicas y el debate sobre su efecto en SNC

Se pretende recoger los datos de dispensación de neurolepticos en el ejercicio 2016 correspondiente al centro de gasto del Centro de Rehabilitación Psicosocial CRP Sto Cristo de los Milagros del que dependen tres unidades hospitalarias: UME, ULE y Psicogeriatría y tres USM (Pptuo Socorro, Jaca y Sariñena-Grañen-Almudevar).

Hay que tener en cuenta que tanto la contabilización del gasto como el suministro no dependen de una misma unidad, estando involucrada tanto la farmacia de AP como la farmacia del CSS SGDO Corazón.

No disponemos de los instrumentos necesarios para realizar un análisis cualitativo, ni se ha realizado una revisión manual de un número representativo de historias clínicas para poder ser riguroso, por lo que hay que limitarse a hacer algunos comentarios autocríticos sobre la evidencia, es decir sobre la práctica clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

generalizada, en relación a dos hechos: la polifarmacia y la dosis excesiva.

Una aproximación artesanal a nuestras historias clínicas, al menos las del CSM donde yo trabajo y las de compañeros a las que he podido tener acceso demuestran que esta mala práctica está más extendida de lo que debiera. Los pacientes psicóticos en monoterapia son más la excepción que la regla. Se podría decir que se están prescribiendo con cierta banalidad (10).

Respecto a la prescripción de dosis excesivas es evidente que el aumento del consumo al que me he referido en la justificación se explica en parte porque estamos prescribiendo dosis más altas, además de ampliar el abanico de indicaciones, en ocasiones fuera de ficha técnica. El que en una década se pasara de las 3DHD a las más de 8, junto a la estabilidad de la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis lo ratifican.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este documento es hacer una cuantificación del consumo y el gasto y un análisis cualitativo del uso a la luz de las recomendaciones de la literatura con el fin de establecer líneas de mejora realistas y mensurables que puedan incorporarse a la gestión clínica.

MÉTODO

Una vez realizado el análisis sobre los datos cuantitativos del gasto, se establecen unas líneas de mejora a la luz de los datos aportados y de las recomendaciones de consenso de la literatura. Los documentos consultados acuerdan en la restricción del uso de los neurolépticos, pero en distinta medida

A la racionalización de la prescripción y consecuente disminución del gasto hay que llegar recorriendo un camino. Las medidas simplemente desincentivadoras son de corto alcance.

Para ello son necesarias tres etapas:

1ª Tener más información y que esta sea más asequible

Huesca es el primer sector sanitario en el que se instaura)
-Registro de pacientes afectos de TMG (en el momento actual se está instaurando dicho registro, siendo
-Historia clínica informatizada de SM
-Auditoria clínica del uso de neurolépticos

2ª Mejorar las prácticas clínicas

-Formación, implicación y coordinación de los profesionales
-Introducir consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
-Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ª Supervisar

-Protocolo de ttº
-Protocolo de monitorización de efectos secundarios
-Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento

INDICADORES

% de pacientes con Consentimiento informado en su historia:

Pacientes en tto con neurolépticos con consentimiento informado / Total de pacientes en tto con neurolépticos (>= 10%)

Existencia protocolo de ttº:

Elaboración y aprobación por Dirección de protocolo de tto con neurolépticos (SI)

% disminución del gasto por neurolépticos:

% de disminución del gasto por neurolépticos en 2017 con respecto al 2016 (>=5%)

DURACIÓN

En el primer trimestre de 2017 se realiza análisis cuantitativo del gasto que sirve como punto de partida

El resto de actividades se realizarán de forma paulatina hasta final del 2018

OBSERVACIONES

La consecución de los objetivos irá ligada en parte a la mejora de la Historia clínica electrónica y a la implicación de otros profesionales

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE LORENA COARASA ALMENARA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como ya detallamos en anteriores memorias, seguimos realizando ejercicios ludopedagógicos supervisados, que son de sencilla comprensión, dinámicos y utilizando el juego e instrumentos de viento como conductor. Los objetivos desde el principio han sido aumentar la permeabilización de la vía aérea, drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilizar la caja torácica y abdominodiafragmática. Se han realizado también ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Continuamos realizando la actividad con los 8 pacientes que se incorporaron al proyecto, acudiendo de forma habitual 6 de ellos.
No ha habido cambios respecto al hábito tabáquico, han mantenido el consumo habitual.
Desde la última memoria presentada, ha habido 1 paciente con reagudización de su EPOC, que ha precisado tratamiento adicional, sin ingreso hospitalario agudo. El resto han permanecido estables.
Tras pasar la encuesta de satisfacción final, los pacientes destacaban lo divertido y ameno de las sesiones, así como el estiramiento de la espalda y caja torácica, lo que repercutía en una disminución del dolor y mejoría en la expulsión de secreciones. Todos han puntuado la actividad como positiva/muy positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el desarrollo de este proyecto, se ha precisado ajustar las sesiones a las características personales de los usuarios, haciéndolas algo más cortas para que mantuvieran la atención y no perdieran el interés (de los 30 minutos iniciales lo acortamos a 20 minutos, durante los cuales la implicación y ejecución eran buenas). Una vez aprendieron los ejercicios aparecieron líderes naturales en el grupo que eran los que iban dirigiendo la actividad y animando al resto de compañeros, haciendo de la terapeuta una mera espectadora, supervisando únicamente la realización correcta de los ejercicios.

7. OBSERVACIONES.

Debido a cambios en la plantilla pasa a ser la responsable del proyecto Dña. Lorena Coarasa Almenara, Enfermera Especialista en Salud Mental.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

Título
TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Autores:
AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

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

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patologia respiratoria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

La institucionalización, el tabaquismo, la obesidad, los antipsicóticos y la inactividad física son algunos de los factores más influyentes y que con frecuencia se suelen sumar en muchos de estos pacientes. La reeducación respiratoria son ejercicios básicos que con un mínimo entrenamiento pueden mejorar la función respiratoria. Los pacientes con trastorno mental severo muestran una prevalencia significativamente mayor a la población general en patología respiratoria, peor función respiratoria, mayores tasas de morbilidad, ingresos hospitalarios y un exceso de morbilidad en enfermedades respiratorias.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir son una disminución la sensación de ahogo y favorecer la expulsión de mucosidad bronquial, evitar el deterioro pulmonar, fortalecer la musculatura respiratoria, reducir el trabajo respiratorio y disminuir el número de reagudizaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes
Población diana: Usuarios ingresados en la unidad de larga estancia del CRP y Psicogeriatría que han manifestado problemas respiratorios y más de tres reagudizaciones en los últimos 6 meses.
Sin límite de edad pero que muestren que mantengan conservadas las funciones cognitivas necesarias para participar en la actividad.

MÉTODO

Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.

El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.

* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.

*Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y acondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.

*Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.

Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES

Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses

Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses

Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses

Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en número de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.

Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.

Indicador de seguimiento: adherencia al taller.

Indicador de modificación cooxímetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN

Inicio Junio 2017.

Con una evaluación semestral y anual 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 - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CERECEDA SATUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA FERNANDEZ RAUL
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
CABELLUD LASIERRA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo en el plazo estimado.
- Realización de protocolo para monitorización de factores de riesgo cardiovascular en pacientes afectados de Trastorno Mental Grave (TMG) en el plazo estimado en base a revisión de guías clínicas y documentos de consenso de expertos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Obtener un registro de pacientes con TMG en el área objeto del proyecto con el fin de mejorar el control y disminuir el riesgo de abandono de seguimiento de estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha obtenido un registro de pacientes con TMG en el área dependiente de los Centros de Salud de Grañén, Sariñena y Almudevar.
Por cambios laborales y de destino entre el personal implicado en el equipo de mejora se han producido retrasos en el cronograma previsto.
Dado que es una actividad que se inició con el objetivo de que se mantenga en el tiempo de forma indefinida no se considera motivo para paralizar el proyecto.
Se considera relevante su continuidad debido a la importancia de del control de factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes afectados de TMG y como medida facilitadora de coordinación de todo el personal sanitario implicado en los casos en un área caracterizada por su dispersión geográfica.
En cualquier caso, se considera un área de mejora la coordinación entre profesionales cuando se producen cambios laborales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1322 ===== ***

Nº de registro: 1322

Título
PROTOCOLO PARA LA MOTORIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Autores:
CERECEDA SATUE MARIA PILAR, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GRACIA ASCASO IRENE

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Diversos estudios muestran que los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen una morbimortalidad más elevada que la población general. Dentro de las principales causas se encuentran las enfermedades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

cardiovasculares (HTA, IAM, ACV) y las enfermedades nutricionales y metabólicas. De hecho, los pacientes con TMG, principalmente con Esquizofrenia, presentan un porcentaje más elevado de factores de riesgo cardiovascular que la población general, siendo por tanto importante su detección. La dispersión geográfica del área objeto de intervención, así como el de sus profesionales, dificulta una adecuada monitorización de los factores de riesgo cardiovascular de este tipo de pacientes, que en muchas ocasiones acuden con menor frecuencia a su Médico de Atención Primaria y a los programas de prevención propios de éste nivel. De esta forma, se pretende mejorar la coordinación entre el personal de enfermería y el FEA de Psiquiatría, así como una monitorización de los factores de riesgo cardiovascular. Pese a no existir un consenso, a efectos de este proyecto entenderemos por TMG aquellos pacientes principalmente con diagnósticos incluidos dentro del espectro psicótico, con una duración de la enfermedad de al menos dos años y deterioro funcional.

RESULTADOS ESPERADOS

Atención al Trastorno Mental Grave mediante la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes y su derivación a especialista de MFyC en caso de que sea necesario. Se pretende también establecer posteriormente medidas encaminadas a su control y prevenir enfermedades derivadas de los mismos.

MÉTODO

- Se realizara una sesión clínica con el personal de enfermería donde se informará de las recomendaciones a seguir para la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular. En este primer estadio se establecerán los cuidados necesarios en varios grupos: TMG en tratamiento con fármacos depot, TMG en tratamiento con clozapina, resto de pacientes con diagnóstico de TMG. De cara a establecer las frecuencias del seguimiento se seguirán las recomendaciones aportadas por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- Desde la consulta de Salud Mental se derivarán los pacientes con diagnóstico de TMG a la consulta de Enfermería de Atención Primaria de referencia.
- Una vez remitido se realizarán las siguientes determinaciones, cuya periodicidad dependerá del riesgo previo del paciente así como del tratamiento psicofarmacológico instaurado:
 - Medidas antropométricas: peso, talla, IMC
 - Analítica general: colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, glucemia,
 - hemograma, prolactina en caso de recibir tratamiento con neurolépticos.
 - Constantes: TA, FC
 - ECG
 - Antecedentes consumo de tabaco.
 - Los datos serán incluidos en el programa informático

OMI

- Al paciente se le proporcionará una cita para revisión y en su defecto se generará un flash en el programa informático con la siguiente visita.

INDICADORES

- Número de pacientes con medidas antropométricas registradas /Número de pacientes con TMG
 - Número de pacientes con registro de constantes en los últimos seis meses/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
 - Número de pacientes con analítica en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
 - Número de pacientes con ECG realizado en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
- Los estándares se establecerán en un 70% y para ello se evaluarán los datos registrados en el último año. Seguimiento: se realizará una reunión anual con los profesionales implicados con objetivo motivacional, evaluación conjunta de resultados, propuestas de áreas de mejora, recuerdo de protocolo instaurado así como darlo a conocer entre el personal de reciente incorporación.

DURACIÓN

- Enero-Junio 17: recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo.
- Junio-Septiembre 17: realización de protocolo siguiendo las recomendaciones citadas y realización de sesiones clínicas dirigidas principalmente a personal de enfermería.
- Septiembre- Diciembre 17: derivación de pacientes.
- Al ser una actividad continuada no tiene fecha de finalización.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1721

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION GRACIA BERCERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIARGE RUIZ ARTURO
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
GUERRI LLES YOLANDA
BAENA JIMENES NIEVES
ROBLES VALERO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones de Enfermería para explicar el programa y la sistemática de trabajo.
-Se establece el horario de desarrollo de la actividad en horario de la Unidad (Martes Tarde)
-Diseño de registros: se han empleado los registros de actividad diseñados para ello,registro específico de la consulta donde se especifican temas tratados, registro numérico de las mismas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se cumplimentará registro específico a todos los pacientes a los que se les realiza la consulta.
Registro de actividad: Número de pacientes a los que se realiza consulta y se refleja en registro/ Numero de pacientes a los que se realiza la consulta x 100 (100%)
- La consulta se realizará mínimo cada dos meses a cada paciente ingresado.
Número de pacientes a los que se realiza la consulta (bimensual) / Número de pacientes ingresados en la Unidad x 100
Se realizan un total de 65 consultas.
-Reuniones de Enfermería trimestrales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad ya está consolidada en la dinámica de trabajo de la Unidad.Los temas a tratar están protocolizados en un programa de trabajo (siempre abierto a nuevas aportaciones para incluirlas en el mismo)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1721 ===== ***

Nº de registro: 1721

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA EN UNA UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

Autores:
GRACIA BERCERO CONCEPCION, BIARGE RUIZ ARTURO, ELBOJ SASO MARTA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GUERRI LLES YOLANDA, 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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el CRP Santo Cristo de los Milagros desde la Unidad de enfermería trabajamos con la dinámica de trabajo de Enfermera referente,esto implica que cada Enfermera tiene unos pacientes asignados para realizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1721

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

seguimiento de su rehabilitación y continuidad de cuidados desde antes del ingreso hasta el alta del centro. Cada paciente tiene unos objetivos planificados en los PIR y dentro de los PIR se incluye el plan de cuidados de enfermería, la realización de la consulta va a ayudar a crear una dinámica de trabajo donde la enfermera tiene un espacio para dedicar a intervención individual con cada paciente y hacer el seguimiento del plan que tiene que ver con los cuidados de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

objetivos:

- La enfermera referent de cada paciente realizará la consulta mensual con sus tutorizados.
- Fomentar hábitos saludables durante el ingreso y asegurar la continuidad de cuidado
- Seguimiento de los objetivos y actividades pactados con el paciente y planificados en el PIR

MÉTODO

INDICADORES

- Registro de la actividad: Número de pacientes a los que se realiza la consulta/numero de pacientes a los que se realiza la consulta y se refleja en el registro diseñado para ello
- Numero de pacientes ingresados/numero de pacientes a los que se les realiza la consulta bimensual (minimo).
- Reunión enfermería trimestral

DURACIÓN

- Reunión de Enfermería inicial (ya realizada) Junio 2017 para asignar pacientes y desarrollar programa de la actividad
- Noviembre 2017 Reunión para valorar actividad
- Diciembre 2017:valoración cuantitativa de la actividad e 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 - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE SONIA SANZ MALUENDA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBOJ SASO MARTA
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, INCREMENTANDO TANTO EL NÚMERO DE SESIONES DE TRABAJO ARTESANAL, COMO EL NÚMERO DE PARTICIPANTES EN ELLAS.
GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN QUE LES PERMITA INCREMENTAR SU AUTONOMÍA EN EL MANEJO DEL DINERO, A TRAVÉS DE LOS MERCADOS COMUNITARIOS DOS VECES AL AÑO.
RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: LA EXPOSICIÓN Y COMERCIALIZACIÓN SON, EN SÍ MISMOS ELEMENTOS MOTIVANTES QUE HACEN QUE QUIERAN CONTINUAR CON EL TRABAJO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CUMPLIMIENTO: SE PLANIFICARON 2 SESIONES SEMANALES DE 120 MINUTOS CADA UNA, DE LUNES A VIERNES. INDICADOR:
2 sesiones semanales realizadas x 100= 100%
2 sesiones planificadas

INCLUSO SE HAN TENIDO QUE AUMENTAR EL NÚMERO DE SESIONES SEMANALES DEBIDO A LA DEMANDA DE LOS PRODUCTOS REALIZADOS.

COMPLETAN EL TALLER 3 PERSONAS MÁS DE LAS QUE LO COMENZARON. EMPEZARON 8 Y ACTUALMENTE ASISTEN 11 PERSONAS.

EL PRODUCTO ARTESANAL SE HA COMERCIALIZADO TANTO EN EL HOSPITAL SAN SAN JORGE COMO EN EL PROVINCIAL EN AGOSTO Y EN DICIEMBRE

RESPUESTAS DE LA ENCUESTA:

EL 100% DE LOS USUARIOS CONTESTAN QUE ESTÁN MUY SATISFECHOS CON LA REALIZACIÓN DEL TALLER.

EL 100% CONTESTAN QUE SÍ VAN A SEGUIR PARTICIPANDO EN ÉL.

EL 100% CONTESTAN QUE LA DURACIÓN DE LAS SESIONES LES PARECE ADECUADA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE HA CONSEGUIDO LLEVAR A CABO EL PROYECTO EN SU TOTALIDAD Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN TANTO DE USUARIOS COMO DE LOS TRABAJADORES ES MUY ELEVADO. QUEDA PENDIENTE PONERSE EN CONTACTO CON OTROS COLECTIVOS Y BUSCAR LA COLABORACIÓN DE OTRAS ENTIDADES PARA SEGUIR DANDO VISIBILIDAD Y OPORTUNIDADES DE DESARROLLO A LOS USUARIOS QUE PADECEN UN TRASTORNO MENTAL GRAVE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/892 ===== ***

Nº de registro: 0892

Título
CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Autores:
SANZ MALUENDA SONIA, ELBOJ SASO MARTA, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, GRACIA BERCERO CONCEPCION, BELENGUER ABIAN CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP Santo Cristo de los Milagros, desarrollado en este centro en el año 2015.

El colectivo de personas con trastorno mental grave parece caracterizarse, en general y muy especialmente en el terreno del acceso al empleo, por una considerable complejidad y discapacidad, Hacer frente a esa situación exige procesos originales e individualizados que permitan intervenciones múltiples y variadas.

La actividad productiva sirve por sí misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para fortalecer la autoestima, adquirir el rol de "trabajador", mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto con nuevos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado el papel múltiple que puede jugar el trabajo en la vida de estos ciudadanos y aunque el ideal sigue siendo una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece necesario disponer de alternativas graduadas que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo.

Objetivo general: Mantener el taller pre-laboral, encuadrando siempre la actividad productiva en un marco rehabilitador y orientado hacia la comunidad.

Objetivos específicos:

Organizar el tiempo vital.

Desplazar el rol de la persona enferma al rol de persona trabajadora

Facilitar el desarrollo de relaciones y redes sociales

Mantener la autosuficiencia económica del taller

Mejorar la satisfacción personal y la calidad de vida

Mejorar la autonomía de las personas.

Potenciar el compromiso y su implicación terapéutica

Motivar a los usuarios para el trabajo

Iniciación el mercado laboral/ocupacional

MÉTODO

Metodología: Modelo de competencias

El modelo competencial se basa en los recursos con los que cuenta un individuo para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir habilidades y capacidades; en definitiva, adaptarse mejor a los cambios.

Actividades:

SESIONES FORMATIVAS, relacionados con: la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos

ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (fabricación de jabones y velas, fieltro, abalorios)

GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN, contabilidad, búsqueda de mercados de los productos artesanos (mercado ASAPME, ayuntamiento...)

COLABORACIÓN CON OTRAS ENTIDADES: conocer experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental.

RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

INDICADORES

1. Grado de Cumplimento:

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

N° de reuniones de trabajo realizadas/ N° de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al inicio y al término del proyecto

3, Existencia del producto artesanal y exportación a la comunidad.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, fases:

1ª FASE DE OCTUBRE 2016 A FEBRERO de 2017:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad.
2. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos
3. Dos sesiones semanales de trabajo artesanal:
4. Reunión mensual de los profesionales
5. Búsqueda de nuevos mercados
6. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
7. Evaluación de la tarea

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:

1. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión semanal
3. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
4. Visita a otros dispositivos con experiencias similares
5. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
6. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del trimestre

3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:

- Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas:
Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
Se pasará de nuevo la encuesta de satisfacción/expectativas a los pacientes, comparándola con la encuesta inicial.
Evaluación final y memoria del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA BERCERO CONCEPCION
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
CUELLO OLIVAN TERESA
GALINDO LASIERRA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El CRP "Santo Cristo de los Milagros" es un dispositivo específico de rehabilitación psicosocial que forma parte de los recursos de Atención Especializada de Salud Mental. Atiende a personas que sufren un trastorno mental grave de los sectores sanitarios de Huesca y Barbastro. Es un centro de puertas abiertas con espíritu rehabilitador y con objetivos de integración en la comunidad, dirigido a las personas con Trastorno Mental Grave, y su objetivo fundamental es ayudar a mejorar sus habilidades y recursos personales para un mejor y más exitoso funcionamiento en la comunidad, incrementando su salud, autonomía personal y calidad de vida.

El trabajo terapéutico y rehabilitador se realiza mediante intervenciones individuales y grupales sobre distintas áreas y mediante diferentes programas que pretenden alcanzar unos objetivos concretos.

Algunas de las actividades del Programa de Rehabilitación se realizan fuera de sus instalaciones, solos o en grupo, con o sin personal de apoyo, dependiendo de la autonomía del usuario y los objetivos a conseguir. Las actividades que se realizan fuera del centro pueden ser asistenciales y rehabilitadoras. Dada la importancia de las actividades comunitarias en este proceso de rehabilitación, se valora la pertinencia de disponer de un procedimiento que regule los diferentes tipos de salidas que se realizan en el CRP, que unifique la forma de actuación ante cualquier tipo de salidas de todo el personal del CRP, así como mejorar la calidad y celeridad en todas las salidas realizadas siempre en condiciones óptimas de seguridad.

Se han elaborado registros en los que anotar las salidas que se realicen desde el CRP y algoritmo de actuación en los diferentes tipos de salidas.

No se ha podido disponer del procedimiento en el tiempo previsto inicialmente por imposibilidad de coordinar el proyecto hasta el momento de mi incorporación laboral tras una baja maternal, habiéndolo retomado posteriormente y finalizado en febrero de 2019.

? La finalidad de este procedimiento es mejorar los conocimientos del personal gracias a la difusión del procedimiento. Los objetivos del mismo son:

? -Valorar previamente los recursos disponibles y utilizarlos de forma adecuada y con mayor eficacia.

? -Mejorar la información del personal disponible durante el turno en cada jornada en el CRP Santo Cristo de los Milagros de Huesca

-Garantizar el adecuado abordaje y atención de las situaciones que puedan presentarse en el desarrollo de una salida, facilitando la toma de decisiones ante cualquier incidencia.

? -Establecer un sistema de atención y una estructura de coordinación clara, ágil y accesible para la atención y traslado de la urgencia en salud mental.

? -Incrementar la capacidad resolutoria de las situaciones de urgencia en salud mental por parte de los Equipos.

? -Poner a disposición de los profesionales y de las familias un sistema accesible y sencillo a los servicios públicos en caso de urgencia psiquiátrica.

? -Efectuar de la manera más apropiada el traslado del paciente, de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente.

? -Coordinar con el servicio de destino la recepción del paciente, facilitando la información necesaria para la continuidad de cuidados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el procedimiento de salidas del CRP mediante las reuniones del equipo de mejora, así como los registros y algoritmos de actuación.

Queda pendiente realizar sesión de difusión dirigida al personal del CRP del procedimiento elaborado. Se valora que a través de este procedimiento existe una mejor atención a los usuarios, una mejor utilización de recursos disponibles, garantizando los derechos de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora positivamente la elaboración y desarrollo del procedimiento que sirve para estandarizar la actuación ante cualquier tipo de salidas y las competencias de cada profesional. Se recomienda consultar el procedimiento antes de la realización de salidas del CRP para conocer como se actuará. Se consideran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

cumplidos los objetivos planteados al inicio del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Se modifica el título inicial y se denomina finalmente "Procedimiento: salidas del CRP Santo Cristo de los Milagros"

*** ===== Resumen del proyecto 2016/890 ===== ***

Nº de registro: 0890

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GRACIA BERCERO CONCEPCION, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, GRACIA MONTORI ESTHER, CUELLO OLIVAN TERESA, GALINDO LASIERRA JOSE, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acompañamiento terapéutico del paciente.
Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

MÉTODO
-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

INDICADORES
-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

DURACIÓN
Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017: Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017: Implantación del protocolo en el CRP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE YOLANDA PUERTOLAS GÜERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CLAVER ANA ISABEL
AURIA GENZOR GEMA
UBIETO COMENGE MARIA LOURDES
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
BRETOS FAÑANAS SILVIA
ASUN ASPIROZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión Bibliográfica en bases de datos biomédicas.
 - 2.- Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.
 - 3.- Seguimiento durante un año de los pacientes que han sido portadores de vía subcutánea.
 - 4.- Monitorizar el uso de dos tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes.
 - 5.- Presentación mediante sesión clínica y taller.
 - 6.- Elaboración de una lista de fármacos para su uso por vía subcutánea.
- Pendiente de finalización:
- 1.- Establecer los criterios de elección de la zona de punción.
 - 2.- Elaborar los niveles de evidencia y grados de recomendación de esta técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.-Generación de evidencia durante un año: desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017 con la recogida de datos mediante un estudio descriptivo-prospectivo.
- 2.- Medición de los cinco indicadores establecidos en el proyecto.
- 3.- Hemos aumentado en nuestro hospital la administración de fármacos por esta vía de manera eficaz y segura.
- 4.- Beneficio obtenido en la bioseguridad y confort del paciente por el uso de la palomilla de vialón frente a la metálica.
- 5.- El uso de la palomilla de vialon resulta más ventajosa económicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.-Falta evidencia científica en cuanto a los cuidados enfermeros requeridos por los pacientes portadores de una vía subcutánea.
- 2.- Falta, así mismo, evidencia científica en la utilización de la vía subcutánea tanto para la hidratación como para la administración de fármacos.
- 3.- Queda pendiente finalizar las recomendaciones y niveles de evidencia de esta guía.
- 4.- Queda así mismo pendiente la divulgación del proyecto finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/45 ===== ***

Nº de registro: 0045

Título
ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autores:
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, CABRERO CLAVER ANA ISABEL, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, BRETOS FAÑANAS SILVIA, NOGUERAS BRAVO ELISA, ASUN ASPIROZ TERESA, UBIETO COMENGE LOURDES

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: cuidados paliativos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque:

PROBLEMA

La utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

- Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.
- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento. (Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa...)
- Racionalizar las cargas de trabajo.
- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv...)
- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.
- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

INDICADORES

- Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.
- Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..
- Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.
- Coste económico de la técnica
- Coste en tiempo de enfermería

DURACIÓN

- Inicio de recogida de datos: marzo 2016
- Finalización de recogida de datos: enero 2017
- Marzo 2016: revisión bibliográfica
- Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
- Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.
- Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA PUERTOLAS GÜERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABRERO CLAVER ANA ISABEL
AURIA GENZOR GEMA
UBIETO COMENGE MARIA LOURDES
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
BRETOS FAÑANAS SILVIA
ASUN ASPIROZ TERESA
NOGUERA BRAVO ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actividades previas a la elaboración de la guía: constitución equipo de mejora, búsqueda bibliográfica, selección de bibliografía, reparto de tareas. Esta parte ha sido muy laboriosa lo que motivó un alargamiento de los plazos previstos
2. Elaboración de la guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea.
3. Elaboración y distribución de una encuesta, entre los pacientes usuarios de vía subcutánea y/o cuidadores, durante dos meses, para conocer su grado de satisfacción.
4. Seguimiento durante un año de los pacientes que han sido portadores de vía subcutánea.
5. Monitorizar el uso de dos tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes.
6. Presentación mediante sesión clínica y taller, planificado para el próximo año, por problemas de agenda del hospital.
7. Elaboración de una lista de fármacos para su uso por vía subcutánea.
8. Establecer los criterios de elección de la zona de punción.
9. Elaborar los niveles de evidencia y grados de recomendación de esta técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

- 1.- Generación de evidencia durante un año: desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017 con la recogida de datos mediante un estudio descriptivo-prospectivo.
- 2.- Medición de los cinco indicadores establecidos en el proyecto.
- 3.- Hemos aumentado en nuestro hospital la administración de fármacos por esta vía de manera eficaz y segura.
- 4.- Beneficio obtenido en la bioseguridad y confort del paciente por el uso de la palomilla no metálica frente a la metálica.
- 5.- El uso de la palomilla no metálica resulta más ventajosa económicamente.

Valor de Indicadores

- Indicador 1:
nº profesionales del Hospital con accidente biológico 2007-2016: total 10, de los cuales 6 son por uso de vía subcutánea.
- Indicador 2:
nº de pacientes tratados con vía subcutánea durante 2016: de febrero a septiembre de 2016 un total de 65 pacientes.
- Indicador 3:
nº pacientes con efectos adversos por el uso de la vía subcutánea: 4 pacientes.
- Indicador 4:
Coste económico de la técnica(material):
PALOMILLA METÁLICA: 1,27 €
PALOMILLA NO METÁLICA: 3,69 €
- Indicador 5:
coste en tiempo de enfermería: 4'24''

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Falta evidencia científica en cuanto a los cuidados enfermeros requeridos por los pacientes portadores de una vía subcutánea.
- 2.- Falta, así mismo, evidencia científica en la utilización de la vía subcutánea tanto para la hidratación como para la administración de fármacos.
- 4.- El próximo año 2019 se realizarán sesiones clínicas y un taller (solicitada acreditación) para la divulgación del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/45 ===== ***

Nº de registro: 0045

Título
ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autores:
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, CABRERO CLAVER ANA ISABEL, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, BRETOS FAÑANAS SILVIA, NOGUERAS BRAVO ELISA, ASUN ASPIROZ TERESA, UBIETO COMENGE LOURDES

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: cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

- Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.
- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento. (Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa...)
- Racionalizar las cargas de trabajo.
- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv...)
- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.
- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

- Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.
- Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..
- Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.
- Coste económico de la técnica
- Coste en tiempo de enfermería

DURACIÓN

- Inicio de recogida de datos:marzo 2016
- Finalización de recogida de datos: enero 2017
- Marzo 2016: revisión bibliográfica
- Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
- Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.
- Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
- 2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
- 3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
- 4- Elaboración o modificación de los nuevos Registros de Enfermería, según la información obtenida.
- 5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que revisen, opinen y/o propongan modificaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación, con información clara y concisa:
 - Valoración de Enfermería
 - Gráfica de Constantes
 - Hoja de Recogida de Procedimientos
 - Informe de Continuidad de Cuidados
 - Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

- 2.- Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.
- 3.- Incorporación de items que completen la información.
- 4.- Reducción del tiempo de anotación, pudiendo dedicar mayor tiempo a la atención directa al usuario.
- 5.- Disminución del número de hojas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Nuestros Registros constituirán un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
- 2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
- 3.- Queda pendiente la aprobación de los nuevos Registros de Enfermería por la Comisión de Historias Clínicas.
- 4.- Queda así mismo pendiente la divulgación del proyecto finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:
RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA

Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES

Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016

Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos: Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro: Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante
```

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
- 2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
- 3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
- 4- Elaboración y modificación de los nuevos registros de enfermería, según la información obtenida.
- 5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que las revisen y opinen y/o propongan modificaciones.
- 6.- Realización de sesiones clínicas para su presentación y divulgación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa:
Valoración de Enfermería
Gráfica de Constantes
Hoja de recogida de procedimientos
Informe de Continuidad de Cuidados
Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.

Incorporación de items que completan la información.

Reducción del tiempo de cumplimentación, pudiendo dedicar más tiempo a la atención directa al usuario.

Disminución del número de hojas de la historia clínica.

Los nuevos registros de enfermería han sido aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Nuestros nuevos registros constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
- 2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, son documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
- 4.- Los nuevos registros de enfermería son una herramienta de trabajo que permiten realizar la labor enfermera de una forma más ágil, precisa y objetiva.
- 5.- El grupo de trabajo elaborador de los nuevos registros de enfermería, hemos detectado la necesidad de reevaluar periódicamente dichos registros adaptándolos a las necesidades asistenciales cambiantes.
- 6.- Unos registros de enfermería de calidad, permiten al equipo multidisciplinar que trata al paciente, obtener de forma eficiente toda la información que precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

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: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA

Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES

Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
- 2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
- 3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
- 4- Elaboración y modificación de los nuevos registros de enfermería, según la información obtenida.
- 5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que las revisen y opinen y/o propongan modificaciones.
- 6.- Realización de sesiones clínicas para su presentación y divulgación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa:
Valoración de Enfermería
Gráfica de Constantes
Hoja de recogida de procedimientos
Informe de Continuidad de Cuidados
Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.

Incorporación de items que completan la información.

Reducción del tiempo de cumplimentación, pudiendo dedicar más tiempo a la atención directa al usuario.

Disminución del número de hojas de la historia clínica.

Los nuevos registros de enfermería han sido aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Nuestros nuevos registros constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
- 2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, son documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
- 4.- Los nuevos registros de enfermería son una herramienta de trabajo que permiten realizar la labor enfermera de una forma más ágil, precisa y objetiva.
- 5.- El grupo de trabajo elaborador de los nuevos registros de enfermería, hemos detectado la necesidad de reevaluar periódicamente dichos registros adaptándolos a las necesidades asistenciales cambiantes.
- 6.- Unos registros de enfermería de calidad, permiten al equipo multidisciplinar que trata al paciente, obtener de forma eficiente toda la información que precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

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: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA

Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES

Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0235

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE LUCIA MORLANS GRACIA
· 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
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1) Elaboración de protocolo que integra instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo para realizar a los pacientes subsidiarios de TAVI
- 2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología del Hospital San Jorge y Barbastro
- 3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1) Redacción del protocolo: SI
- 2) Valoración en el plazo de una semana al 90% de los pacientes derivados: NO
- 3) Aplicación del protocolo al 100% de los paciente derivados: SI
- 4) Redacción y envío del informe al servicio de referencia en al 100% de los casos: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El procolo redactado ha resultado de fácil aplicación en los pacientes, y hemos apreciado homogeneidad en las decisiones de los facultativos que realizaban la valoración
La presión asistencial del Servicio de Geriatria ha hecho imposible la valoración del 100% de los paciente en el plazo de una semana. Si bien es cierto que este hecho no ha supuesto un retraso en el proceso de implantación TAVI, ya que el informe se redactaba y enviaba en 24 horas al servicio de referencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/235 ===== ***

Nº de registro: 0235

Título
VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Autores:
MORLANS GRACIA LUCIA, UBIS DIEZ ELENA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Más de la mitad de los pacientes octogenarios con EA severa son tratados mediante terapia conservadora (tratamiento paliativo que no mejora el pronóstico vital), cuando, aunque no son aptos para recibir el tratamiento convencional mediante cirugía, sí podrían beneficiarse del reemplazo valvular por vía percutánea (TAVI). Una valoración geriátrica integral es fundamental para el abordaje efectivo y eficiente de estos pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0235

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

identificando aquellos que podrían beneficiarse de dicha alternativa y descartando aquellos en los que la esperanza de vida sea inferior a un año.

Este hecho convierte al TAVI en el paradigma del enfoque multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar la variabilidad en la valoración de los pacientes subsidiarios de TAVI en el sector de Huesca mediante el diseño y redacción de un protocolo que integre instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo.

Responder de forma rápida y eficaz a la solicitud de colaboración por parte de los cardiólogos de nuestro sector.

MÉTODO

1) Diseño y redacción de un protocolo para valoración geriátrica integral del paciente subsidiario de TAVI.

2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología del Hospital San Jorge en el plazo de una semana.

3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

INDICADORES

1) REDACCIÓN DE PROTOCOLO SI/NO

2) VALORACIÓN EN EL PLAZO DE UNA SEMANA AL 90% DE LOS PACIENTES ENVIADOS SI/NO

3) APLICACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL 100% DE LOS CASOS. SI/NO

4) REDACCIÓN Y ENVÍO DEL INFORME AL SERVICIO DE REFERENCIA EN EL 100% DE LOS CASOS SI/NO

DURACIÓN

SEPTIEMBRE DE 2016: DISEÑO Y REDACCIÓN DEL PROTOCOLO

OCTUBRE 2016-MAYO 2017: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO

MAYO 2017: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1128

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE NIEVES DOZ SAURA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUILEZ PINA RAQUEL
GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE
NOGUERAS BRAVO ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Para la realización del protocolo se creó un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmacéutica, enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realizó una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares.
- Con la información obtenida se adaptó al paciente geriátrico y la contexto de un Hospital de día geriátrico.
- Se elaboró el protocolo, se revisó por la Unidad de Calidad y a se aprobó por la dirección de enfermería
- Se realizó una sesión informativa en el Hospital de Día
- Se ha elaborado una tabla resumen que se colocará en un sitio visible para el personal responsable de administrar el hierro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo elaborado y difundido: SI
Número de pacientes de HDG tratados con Fe IV: 12
Número de dosis administradas: 30
% pacientes con todos los registros cumplimentados: 100%
Reacciones adversas tras los 30 minutos de la administración: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de un protocolo de administración de Fe IV ha sido muy util para unificar criterios en la administración y para llevar a cabo todas las actividades descritas por parte de los responsables designados. Cuando se aplica adecuadamente el protocolo, las reacciones adversas disminuyen practicamente en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1128 ===== ***

Nº de registro: 1128

Título
PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

Autores:
DOZ SAURA NIEVES, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, NOGUERAS BRAVO ELISA, GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE, LEDO BLASCO PATRICIA

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: Anemia ferropénica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1128

1. TÍTULO

PROTOKOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

PROBLEMA

La anemia ferropénica es un síntoma/enfermedad muy prevalente en nuestro medio, más aún tratándose de pacientes geriátricos. Cada vez los facultativos de nuestro Hospital prescriben más el Hierro intravenoso. Se decidió por consenso que la administración del Hierro intravenoso de forma ambulatoria se administrara en el Hospital de Día de Geriatria. Para la realización de esta práctica que precisa cuidados especiales, es necesario redactar un protocolo de actuación y difundirlo para que todos los profesionales implicados (Geriatras, farmacéutica, enfermeras y auxiliares) tengan conocimiento de él. De esta manera se asegura la realización de forma homogénea para mayor seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Administración del Hierro intravenoso en las mejores condiciones posibles en el Hospital de Día de Geriatria.
- Mejorar la seguridad del paciente geriátrico ambulatorio en todos aquellos a los que se les prescriba hierro endovenoso.

MÉTODO

- Para la realización del protocolo se crea un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmacéutica, enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realiza una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares que habrá que adaptar a nuestro tipo de paciente geriátrico y a nuestro ámbito Hospital de Día.
- Una vez elaborado el protocolo, se pasará para su revisión a la Unidad de Calidad y a la Dirección para su aprobación
- Se difundirá en una Sesión interna del Hospital de Día
- El algoritmo resultante se colocará en sitio visible

INDICADORES

CRITERIOS EVALUACIÓN:

- Control de constantes antes, durante y después de la infusión
- Registro documental de los controles
- Asegurar que consta historia de alergia e hipersensibilidad
- Asegurar cita para visita médica posterior de control
- Registrar incidentes y efectos adversos en hoja enfermería y en SINASP

INDICADORES:

- Nº pacientes tratados según procedencia
- % pacientes con la totalidad de registros cumplimentados
- % pacientes que sufren algún efecto adverso durante o en los 30 minutos posteriores a la perfusión

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica: Nov. 2016
- Redacción del protocolo y difusión en Hospital de Día G.: Dic 2016
- Comienzo de los registros: 1 /01 /2017
- Registro de efectos adversos: desde 01/01/2017
- Evaluación semestral y reunión del equipo de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1373

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

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.

NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado la literatura sobre instrumentos que puedan ayudar a detectar el anciano que más se puede beneficiar de un ingreso en un Servicio de Geriatria, encontrando los instrumentos ISAR y TRST. Tras analizar una revisión crítica publicada recientemente en este país, consideramos que con efectos prácticos podía ser más operativo describir unos criterios de pacientes en los que su situación funcional como consecuencia de su enfermedad se podría ver más comprometida, y por tanto mayor beneficio podrían encontrar con su ingreso en camas de geriatría.

Estos criterios se enviaron al servicio de Urgencias comentando los posibilidades de su incorporación, estando pendientes en este primer trimestre divulgarlos y ponerlos en práctica.
Otro punto difícil de resolver es el determinar el circuito de aquellos pacientes que pese a cumplir criterios de ingreso en el S° de Geriatria deben ingresar en el S° de Medicina Interna, por no disponer de camas en el momento de su ingreso. En este supuesto se está trabajando en este momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso con el S° de Urgencias del Hospital San Jorge sobre el tipo de paciente a trasladar al S° de Geriatria el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los instrumentos publicados en la literatura, son de difícil aplicación en S° Urgencias y no cuentan en la actualidad con la suficiente precisión diagnóstica para ser de utilidad clínica., por lo que preferimos diseñar unos criterios basados en la experiencia clínica propia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1373 ===== ***

N° de registro: 1373

Título
ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

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: patología aguda
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: INTERDISCIPLINARES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias inicialmente preparado para atender patología aguda y grave se enfrentan día a día y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1373

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

cada vez con más frecuencia a pacientes con múltiples enfermedades, reagudizaciones de enfermedades crónicas y ancianos frágiles.

El número de visitas al Servicio de Urgencias ha ido aumentando en las últimas décadas. Actualmente se estima que la población anciana origina entre el 15-25 % del total de la carga asistencial en este sector.

La formación del médico de Urgencias no debe centrarse únicamente en el proceso agudo sino que debe reconocer las peculiaridades del paciente geriátrico para su adecuada derivación y que éste se beneficie de la atención en un Servicio de Geriatria..

Por todo ello es necesario la unificación de criterios entre los especialistas de los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatria para que la calidad asistencial resulte lo mas eficaz y eficiente posible.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar un protocolo consensuado entre los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatria de adecuación de ingreso de los pacientes mayores de 80 años.
2. Una vez realizado el protocolo formar y difundir dicho proyecto a los profesionales sanitarios implicados para su cumplimiento.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reuniones de equipo con le representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo.
3. Elaboración del protocolo
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico desde el Servicio de Urgencias.

INDICADORES

Evaluar la adecuación de la derivación desde la implantación del protocolo.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: 1 de junio de 2017
Fecha de fin del proyecto: 1 de junio de 2018

ACCIONES Y CALENDARIO PREVISTOS

1. Búsqueda bibliográfica durante el mes de junio de 2017 por todos los integrantes del equipo de mejora
2. Reuniones de equipo con el representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo: tras la búsqueda de bibliografía y durante los 6 últimos meses del año 2017
3. Elaboración del protocolo por todos los integrantes del equipo de mejora durante los 6 últimos meses del año 2017
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico. Se llevará a cabo tras la elaboración del protocolo por los componentes del equipo de mejora durante los 3 primeros meses del 2018
5. Implantación del protocolo: tras la realización de las sesiones formativas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1621

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN LUESMA CASAÑOLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ARTIEDA ALMUDENA
MARTIN GROS LOURDES
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD
LERA DEL AMO JAVIER
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 talleres para adiestramiento de cuidadores principales en los que han participado fundamentalmente familiares y cuidadores de pacientes ingresados en el Hospital Sdo Corazón de Jesús de Huesca. En todos ellos se ha pasado una encuesta de satisfacción con los contenidos y la metodología del taller. Se ha elaborado el cuadernillo con un resumen del taller para dar a los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

10 talleres impartidos
130 participantes
% encuestas cumplimentadas: 98% que muestran satisfacción muy elevada
Elaboración folleto: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación entre trabajadores y cuidadores ha sido fundamental para entender mejor las necesidades del paciente y mejorar progresivamente la atención que se presta.

Los objetivos planteados, se han cumplido:

- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1621 ===== ***

Nº de registro: 1621

Título
ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

Autores:
LUESMA CASAÑOLA CARMEN, AURIA GENZOR MARIA GEMA, PUEYO ARTIEDA ALMUDENA, MARTIN GROS LOURDES, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD, LERA DEL AMO JAVIER, CHARTE GASCON MARTA

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: Riesgo de dependencia
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1621

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

PROBLEMA

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca presta una asistencia centrada fundamentalmente en la asistencia al paciente geriátrico en todo su proceso asistencial:

- Pacientes con enfermedades agudas o descompensación de enfermedades crónicas
- Pacientes que precisan cuidados de larga duración
- Pacientes con enfermedades en fase avanzada y/o irreversible
- Pacientes que requieren RHB (fundamentalmente patología neurológica y traumatológica).

Al alta, en la continuidad de cuidados al domicilio, el cuidador/familia es el principal apoyo del paciente. Para que este apoyo se de en las máximas condiciones de calidad y de seguridad tanto para el paciente como para el propio cuidador, es necesario un adiestramiento y una formación adecuada.

Desde el año 2009 se vienen realizando en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de forma periódica unos talleres dirigidos a tal fin. La encuesta de satisfacción revela unos resultados muy positivos. De sus comentarios se deduce que podría obtenerse un mayor beneficio documentando los conocimientos que se ofrecen porque algunos cuidadores por sobrecarga de trabajo o incompatibilidad horaria no pueden asistir de forma presencial. Podría tratarse también de recuerdo de algunos de los aspectos tratados en el taller.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

- Elaboración de un documento formativo, sencillo y visual con un resumen de los conocimientos impartidos en los talleres de adiestramiento de cuidadores

Otros objetivos:

- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

MÉTODO

- Continuar con los talleres que se vienen ofertando
- Revisar encuesta de satisfacción, dejando pregunta abierta para detectar aspectos del cuidado no tratados y demandados
- Intentar grabación de sencillos vídeos de los aspectos más prácticos y útiles del taller

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Elaboración del documento formativo con dependencia o riesgo de dependencia	Se ha elaborado un documento y se entrega a los pacientes dados de alta	>40% (se comenzará a entregar en octubre)
Satisfacción con los talleres de este taller	Resultado de la encuesta: recomendaría a otros cuidadores la asistencia a este taller	>90%

DURACIÓN

- Julio 2017: reunión del equipo de mejora ya constituido para seleccionar aspectos formativos más importantes que deba contener el documento. Cada subgrupo profesional se encargara de los temas de su competencia
- Septiembre 2017: puesta en común
- Octubre 2017: puesta en marcha del primer borrador, acompañado de encuesta de satisfacción.
- Enero 2018: evaluación y detección de áreas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD BALLABRIGA ESCUER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ARTIEDA ALMUDENA
QUILEZ PINA RAQUEL
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
MOYA PORTE TERESA
ALLUE GRACIA MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

TALLERES PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ACTUALIZACION DE HERIDAS CRÓNICAS
CREACIÓN DE AGENDA PROPIA DE CITACIÓN
AMPLIACIÓN DE LA BASE DE DATOS REALIZADA POR LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRÓNICAS PARA FACILITAR LA ELABORACIÓN DE INDICADORES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR: PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EL ORIGEN DE LA DEMANDA:

-A PETICIÓN FAMILIAR:16,6%

-C.S. ABIEGO: 0,8%

C.S. ALMUDEVAR: 3,9%

-C.S. AYERBE: 1,6%

-C.S. BARBASTRO: 0,8%

-C.S. BERDÚN: 0,8%

-C.S. BIESCAS: 3,8%

- C.S. BROTO: 0,8%

-C.S. GRAÑEN: 3.1%

-C.S. PERPETUO SOCORRO: 7%

-C.S. PIRINEOS: 7%

C.S. SABIÑÁNIGO% 10,1%

C.S. SANTO GRIAL: 6,3%

C.S. SARIÑENA: 4,7%

HUESCA RURAL: 3,9%

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS:18%

HOSPITAL SAN JORGE: 9,4%

EL INDICADOR DE PORCENTAJE DE HERIDAS QUE EPITELIZAN POR COMPLETO EN UN AÑO, HA SIDO CAMBIADO POR: MOTIVO DEL ALTA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2017:

-EPITELIZACIÓN TOTAL: 56%

-VALORACIONES Y CONTINUIDAD EN SU CENTRO DE SALUD: 20%

-FASE DE EPITELIZACIÓN: 20%

-INGRESO HOSPITALARIO: 4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Unidad de Heridas no está todavía incluida en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Dado el volumen que atiende y que según se comprueba en los indicadores se ha convertido en una Unidad de referencia para el Sector. Queda pendiente el registro de todas las consultas no presenciales(telefónicas e imágenes enviadas por vía telemática).

7. OBSERVACIONES.

Se debería incluir la Unidad de Heridas Crónicas dentro de la Cartera de servicios del Hospital.

Formalizar nuevos proyectos: Heridas asociadas a patología autoinmune y unidad de pie diabético

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1635 ===== ***

Nº de registro: 1635

Título
CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD, PUEYO ARTIEDA ALMUDENA, QUILEZ PINA RAQUEL, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ALLUE GRACIA MIGUEL, LUESMA CASAÑOLA CARMEN, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

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: HERIDAS CRÓNICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Las heridas crónicas suponen un problema de salud de primer nivel que repercute en todos miembros del sistema sanitario tanto en los pacientes, disminuyendo su calidad de vida, autonomía, autoestima e incapacidad para la vida laboral, como en los profesionales y la organización con un elevado coste en su atención ya que consumen muchos recursos sanitarios tanto humanos como materiales.
Las Unidades de Heridas deben garantizar el derecho a la atención sanitaria poniendo al servicio de la persona con heridas todos los recursos técnicos y humanos.
Hace 10 años en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se creó la Unidad de Heridas de Sector de Huesca constituyendo un equipo interdisciplinar que garantiza el derecho a la asistencia sanitaria, además de ser un modelo de coordinación entre los niveles asistenciales para lograr una atención integral. El papel de la enfermera responsable de la Unidad como profesión que amalgama y cataliza las necesidades de los pacientes ha sido clave para el desarrollo y evolución de la Unidad y para la coordinación tanto de equipo interdisciplinar en el centro como con otros niveles asistenciales del Sector e, incluso, de la provincia.

En 2010 se publicó el primer documento: "Úlceras crónicas: un abordaje integral"

Al cumplirse 10 años se pretende valorar la evolución de la Unidad, consolidar su funcionamiento a través de la detección de áreas de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

- Los propios de la Unidad de heridas crónicas:
 - o Valorar la efectividad y la eficiencia de las distintas alternativas terapéuticas en las heridas crónicas
 - o Disminuir la variabilidad en la práctica clínica tanto en diagnóstico como en tratamiento
 - o Aumentar la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial
 - o Evitar ingresos innecesarios
 - o Compartir el conocimiento con profesionales de otros niveles asistenciales
 - o Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas
- Crear una agenda propia de citación que permita una mejor gestión de tiempos en la consulta y mayor facilidad para la explotación de datos y obtención de indicadores
- Incluir la Unidad en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

MÉTODO

- Consulta de referencia del Sector para pacientes con heridas crónicas liderada por Enfermería (M^a Sol Ballabriga), respaldada por el equipo formado por otro personal de enfermería, médicos geriatras y consultores.
 - Acceso a la consulta desde el propio Hospital, H. S Jorge, Atención Primaria, Centros residenciales :
 - o Presencial
 - o Telefónica
 - o A través de tecnologías de la información (se ha implementado de manera informal)
- Servir de referencia para nuevos proyectos (valoración de úlceras asociadas a patología autoinmune, consulta de pie diabético...)

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
% pacientes según el origen de la demanda	Jorge, de AP, de centros residenciales	% de pacientes que son derivados del propio hospital, desde H S
Tasa de epitización	% de heridas que son derivadas a la Unidad y que se epitizan por completo en un año	>=85%

DURACIÓN

A lo largo de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE SIMEON LOPEZ GRACIA
· 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.

MONGE OTAL SILVIA
TRILLO CAMPO MARTA
LANASPA BENITEZ ROCIO
GAVIN CLAVER MARIA JOSE
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
CALVO PARDO AURORA
VINUE BIESA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han seguido las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología, se identificarán los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
- Se han mantenido reuniones con el objetivo de documentar el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se han identificado indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% mamografías repetidas por problemas técnicos (estándar <1%):

0.22%

Subproceso documentado e implantado: SI

Satisfacción de las usuarias: no se ha medido a través de encuesta. La medida indirecta a través de las reclamaciones presentadas por escrito (0) y vía telefónica (6), referidas 5 de ellas a la dificultad al acceso telefónico y una de ellas al retraso en la ronda correspondientes.
Ninguna reclamación de ningún tipo referida a la satisfacción con la información recibida ni con la atención recibida.

Se han objetivado dos casos de negativa a continuar con la prueba por dolor que han sido analizados cualitativamente por la coordinadora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante documentar de forma esquemática todo el proceso, delimitando muy bien, tanto el responsable del subproceso como los responsables de las distintas actividades.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1607 ===== ***

Nº de registro: 1607

Título
CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Edad: Adultos
 Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
 Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA
 Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
 Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
 Otro tipo Objetivos:

 Enfoque:
 Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
 El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por todas las zonas de salud de la Comunidad Autónoma.
 La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.
 La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
 El año pasado se actualizó la documentación del Proceso: "cribado poblacional de cáncer de mama". Se identificaron los distintos subprocesos, se priorizaron y se nombró responsables de cada uno de ellos.
 En Aragón, las mamografías se llevan a cabo en Unidades fijas situadas en Hospital N^a Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. En los dos tipos de Unidad se realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
 Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen más adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de mamografía por problemas técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS
 -Documentar el subproceso "realización de mamografía de cribado y recribados"
 -Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
 -Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

MÉTODO
 - Siguiendo las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología, se identificarán los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
 - Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
 - Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Mamografías repetidas por problemas técnicos		Nº de mamografías repetidas por problemas técnicos /nº mamografías realizadas
Existencia de subproceso documentado e implantado		Documento Si/NO
Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica		SI % usuarias satisfechas o muy satisfechas con la atención recibida / usuarias que complimentan la encuesta
		<1%
		>90%

DURACIÓN
 Las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017.
 Al final del año, además de conseguir el estándar de calidad en la repetición por problemas técnicos, se pretende identificar otros indicadores que permitan evaluar más aspectos de la realización de la técnica

OBSERVACIONES
 Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ANA SALGADO GRACIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. REHABILITACION
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA
LERA DEL AMO JAVIER
NERIN BUEN NATALIA
MARTIN GROS LOURDES
LACAMBRA EVA
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017 se registraron 1077 ingresos en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de los cuales 381 fueron valorados por el médico rehabilitador lo que representa el 35,37%.
Hemos agrupado a los pacientes en 3 diagnósticos principales: fractura de cadera, ACV y síndrome de inmovilidad (que aglutina un amplio y variado grupo de pacientes que no presentan ni fractura de cadera, ni un ictus y que engloba desde patología quirúrgica, infecciosa, tumoral, neurológica, etc)
En cada paciente se ha registrado el tratamiento que ha realizado (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia), el número de sesiones de cada uno de esos tratamientos y la atención a los familiares y/o cuidadores.
Las escalas con las que se han valorado a los enfermos, tanto al ingreso como al alta, son las siguientes:
Test FAC (Functional ambulation classification): test de marcha
Escala BipHS (Clasificación funcional de la bipedestación del Hospital de Sagunto)
TCT (Test de control de Tronco)
Escala Tinetti de equilibrio
Escala Fois (Functional Oral Intake Scale): escala funcional de ingesta por vía oral
Escala MECV-V: Método de exploración clínica volumen-viscosidad de deglución
Presencia de disartria: leve, moderada, severa.
PCA (Protocolo Corto de Evaluación de la Afasia):
Test del reloj para la valoración cognitiva
MEC: miniexamen cognitivo de Lobo
Índice de Barthel para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (AVDB)
Índice de Barthel modificado: para la valoración de las AVDB.

En las sesiones que realiza el equipo de rehabilitación los martes se ha comentado cada uno de todos los pacientes ingresados, se ha expuesto la situación actual, los objetivos a conseguir y los plazos. Se ha propuesto una fecha de alta que se ha respetado en la mayoría de los casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación con los 3 grupos diagnósticos hemos obtenido los siguientes datos:

99 pacientes presentaban una FRACTURA DE CADERA. De todos ellos únicamente 4 no realizaron ningún tratamiento.

95 enfermos realizaron 1555 sesiones de fisioterapia con una media de 16,4 sesiones por individuo. La mayoría de pacientes no caminan al ingreso y tienen una bipedestación no funcional o completamente dependiente. Al alta la mayoría necesitan un apoyo para mantener la bipedestación y caminan con ligero contacto de una persona. El control de tronco mejora y también el equilibrio. Los fisioterapeutas se han comunicado con 33 familias.

19 pacientes realizaron 291 sesiones de terapia ocupacional con una media de 15,3 sesiones por individuo. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta había mejorado su situación funcional. La terapeuta ocupacional habló con una familia.

13 pacientes realizaron tratamiento de logopedia, con una media por paciente de 6,3 sesiones de tratamiento y un cómputo global de 82 sesiones. A 8 pacientes se les realizó una valoración de la deglución. En 2 casos se contactó con las familias.

97 pacientes presentaban un ICTUS. Todos fueron valorados por el médico rehabilitador aunque 2 no llegaron a realizar ningún tratamiento.

90 pacientes, con una media de 19,6 sesiones por paciente, realizaron un total de 1743 sesiones de fisioterapia. La mayoría de pacientes no caminan al ingreso y tienen una bipedestación imposible o nula. Al alta la mayoría

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

mantienen una bipedestación muy asistida y caminan con mucha ayuda de una persona o 2 personas. El control de tronco mejora y también el equilibrio pero siguen siendo deficitarios. Los fisioterapeutas se han comunicado con 33 familias de enfermos con ictus.

53 pacientes realizaron 1151 sesiones de terapia ocupacional, con una media de 21,7 sesiones por enfermo. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta había mejorado su situación funcional aunque el índice de Barthel al alta es el más bajo de los 3 grupos diagnósticos. La terapeuta ocupacional habló con 12 familias o cuidadores.

72 pacientes realizaron, con una media de 12,6 sesiones por paciente, un total de 906 sesiones de logopedia. En 53 pacientes se valoraron los trastornos deglutorios. Se contactó con 19 familias.

3. En relación con los síndromes de inmovilidad 185 pacientes fueron agrupados bajo este diagnóstico. 5 de ellos no llegaron a realizar ningún tratamiento.

180 pacientes realizaron 2273 sesiones de fisioterapia con una media de 14,4 sesiones por paciente. La mayoría de ellos tienen una bipedestación no funcional no caminan en el momento del ingreso y no mantiene control de tronco. Al alta la mayoría tienen un buen control de tronco, necesitan un apoyo para mantener la bipedestación y caminan con leve ayuda de una persona. Se habla con 38 familiares o cuidadores.

37 pacientes realizaron 627 sesiones de terapia ocupacional con una media de 16.9. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta había mejorado su situación funcional. Se habló únicamente con una familia.

52 pacientes han realizado una media de 9,3 sesiones de logopedia con un total de 486 sesiones. Se valoraron a 38 pacientes por alteraciones en la deglución y se contactó con 8 familias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este trabajo hemos objetivado mediante escalas la situación inicial de los pacientes en el momento de comenzar el tratamiento rehabilitador y tras finalizar el mismo.

Hemos cuantificado también el número de familiares o cuidadores con los que establece comunicación con cualquier miembro del equipo de rehabilitación

Se han producido errores en la recogida de información y en su posterior registro informático que deben ser subsanados. Así, por ejemplo, no hemos podido saber en que porcentaje de enfermos se ha prolongado el tratamiento rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/377 ===== ***

Nº de registro: 0377

Título
PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
SALGADO GRACIA ANA, ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES, LERA DEL AMO JAVIER, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, MARTIN GROS MARIA LOURDES, LACAMBRA SANTOS EVA, CHARTE GASTON MARTA, NERIN BUEN NATALIA

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: Pacientes con alto nivel de dependencia, fundamentalmente por patología del sistema nervioso y/o del aparato locomotor

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios con dinámicas de trabajo diferentes. El tratamiento de los pacientes ambulatorios se realiza en las primeras y en las últimas horas de la jornada; suelen ser tratamiento individuales o en reducidos grupos, y con una duración máxima de 30 minutos. El tratamiento de los enfermos ingresados se realiza entre las 10 y las 13 horas, el tiempo que transcurre entre el desayuno y la hora de la comida. Disponemos por tanto de 180 minutos para atender a un colectivo que en ocasiones alcanza los 40 enfermos. En ese intervalo de tiempo realizan las diferentes sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia y aunque el tratamiento es individual, en las instalaciones están presentes los demás enfermos. Lógicamente cuanto mayor es el número de enfermos, menor es el tiempo de dedicación a cada uno.

De forma mayoritaria el paciente que ingresa en nuestro centro para rehabilitación es un anciano, con pluripatología y que de forma aguda o progresiva ve disminuida su capacidad funcional. Aunque también se derivan adultos jóvenes todos ellos son enfermos con una elevada dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVDB). Esto supone una elevada carga de trabajo y especialmente para el personal auxiliar de enfermería. Por circunstancias diversas ya sea por factores dependientes del enfermo (como la aparición de complicaciones médicas), o del propio sistema sanitario (realización de pruebas complementarias, consultas médicas...) o circunstancias sociales (realización de obras en el domicilio para la supresión de barreras arquitectónicas, enfermedad del cuidador o búsqueda de residencia) la estancia hospitalaria se prolonga y con ello también el tratamiento de rehabilitación.

Los recursos humanos del Servicio de Rehabilitación no solo no se han mantenido estables en los últimos años sino que han disminuido.

Como consecuencia de todas las anteriores circunstancias es necesario definir con precisión la duración más eficiente del tratamiento rehabilitador de manera que todos los recursos se dediquen a los enfermos con un potencial para mejorar funcionalmente y no a aquellos con una situación estabilizada.

La comunicación a las familias o cuidadores sobre los resultados funcionales obtenidos con cada enfermo se realiza habitualmente por intermediadores como son los médicos geriatras, que son siempre los que derivan mediante una hoja de interconsulta al paciente a rehabilitación. Con ello a veces se pierde calidad y cantidad en la información a pesar de las sesiones conjuntas semanales entre el médico rehabilitador y los médicos geriatras. Este es un punto débil que representa también una oportunidad de mejora con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

-No prolongar la duración del tratamiento rehabilitador, una vez que se hayan alcanzado los objetivos propuestos por el equipo.

-Transmitir esos resultados obtenidos a las familias y/o cuidadores principales así como la enseñanza de cuidados.

MÉTODO

Los objetivos de cada paciente en rehabilitación se van a dividir en 3 categorías:

1. Objetivos de fisioterapia: relacionados esencialmente con la capacidad de marcha del paciente.

2. Objetivos de terapia ocupacional: relacionados con las AVDB y la situación cognitiva.

3. Objetivos de logopedia: en relación con la deglución y la comunicación.

Cada uno de estas metas se plasmará en una o varias escalas que se pasarán al enfermo al inicio, al final del tratamiento y semanalmente como mínimo. En función de ellas se establecerán unas pautas, en unos tiempos determinados y una vez alcanzados se programará una fecha de alta de Rehabilitación.

INDICADORES

Son 4 los indicadores principales:

-Porcentaje de pacientes en los que se prolonga el tratamiento rehabilitador y número de sesiones de cualquiera de las 3 terapias .

-Porcentaje de familias con las que se contacta y porcentaje en las que ésta se lleva a cabo la entrevista.

DURACIÓN

El inicio del plan tendrá lugar en el tercer trimestre del 2016 y las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017 con un primer corte de resultados el 30 de junio del 2017.

OBSERVACIONES

-Para cumplir uno de los objetivos del proyecto, la utilización del tiempo y de los profesionales de forma eficiente, sería necesario adquirir andadores de apoyo antebraquial, uno para cada una de las 3 plantas de geriatría. De esta forma las familias podrían emplearlos por las tardes, en el caso de que lo precise el paciente y fundamentalmente cuando se les ha dado el alta de RHB para mantener la capacidad funcional obtenida.

-El trabajo de los auxiliares de enfermería es esencial en el Servicio de Rehabilitación y por supuesto también en este proyecto. Por motivos de espacio no se han podido incluir entre los 8 componentes, pero los nombramos aquí: Juan José Sierra Grasa, María Boned Perez, Ana M^a Jaime Cuello, Rosario Martínez Perdomo, Lidia López Tormes, Basilia Jurado Castro. También queremos incluir a la informática María Isabel Pueyo Moy sin cuyos conocimientos e intervención no será posible la realización de este trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0601

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión TECNICO/A DE INFORMATICA
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALGADO GRACIA ANA
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto era recoger de forma sencilla y fiable los datos de los pacientes que reciben tratamientos rehabilitadores en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, de forma ambulatoria.

Con estos datos, facilitar la elaboración de indicadores que nos proporcionen información de la actividad del Servicio con el objetivo final de mejorar en la asistencia que prestamos, con el consumo de tiempo y recursos más adecuados.

Tras varias reuniones entre la médico rehabilitadora, fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales del Servicio, se construyó una base de datos que recoge variables relacionadas con datos de filiación del paciente, procedencia, demora el comienzo del tratamiento (si es normal o preferente), causas de la demora, renunciadas a tto, causa de la renuncia, consulta y/o tratamiento, tipo del tratamiento que recibe

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha elaborado una base de datos que se aloja en el Servidor del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca
- Los datos pueden ser introducidos por todo el personal implicado, responsabilizándose cada uno de su área de tratamiento o consulta
- % de cumplimentación de los campos de la base = 98%
- Selección de indicadores (se prevee construir un pequeño cuadro de mando del servicio de rehabilitación):
- Procedencia (% de pacientes que provienen de Hscj, HSJ, A.P. y otros
- % Pacientes derivados como preferentes
- % de pacientes que renuncian a tto (por causas)
- % pacientes que posponen la fecha de comienzo de tto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las fuentes de información para la construcción de indicadores deben ser sencillas y accesibles para que todos los profesionales introduzcan los datos y no se añada una carga importante de trabajo añadida a la asistencial. Es preciso analizar por el grupo de mejora los indicadores para concluir si, de verdad, miden la calidad del servicio.

Convenría construir un cuadro de mando del Servicio de Rehabilitación derivado de los datos recogidos para que el personal, en un golpe de vista, pueda valorar la evolución de su servicio y además sirva de incentivo para la recogida de la información.

Las medidas que observamos, no nos proporcionan información del resultado final del tratamiento rehabilitador, nos proporcionan información de la calidad del proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/601 ===== ***

Nº de registro: 0601

Título
MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Autores:
PUEYO MOY MARIA ISABEL, SALGADO GRACIA ANA, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, ASEJO LOSTAO MARIA ANGELES, MARTIN GROS MARIA LOURDES, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0601

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente geriátrico pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios. En general se trata de pacientes geriátricos con múltiples patologías. En los 15 años de existencia del Servicio ha aumentado considerablemente la actividad con prácticamente los mismos recursos, por lo que se hace imprescindible una perfecta coordinación y un aprovechamiento del tiempo y de las actividades para prestar un servicio más eficiente. Para ello en primer lugar se impone una recogida y registro de todos los datos y una elaboración de indicadores sencillos y fácilmente medibles que nos proporcionen la información necesaria para tomar decisiones en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Contar con una base de datos de la actividad del Servicio
- Facilitar lo máximo posible el registro para todos los estamentos
- Tener accesible la información del Servicio para que todos los implicados puedan acceder a ella
- Obtener indicadores de medida de los procesos de Rehabilitación
- Facilitar la toma de decisiones en base a los indicadores obtenidos

MÉTODO

- Reunión del Servicio de Rehabilitación con el de Informática para recoger las ideas e intentar plasmarlas en un primer borrador.
- Elaboración de la base de datos por parte de la Informática del Hospital
- Sesión informativa a todos los implicados acerca del registro de datos en la base informática
- Pilotaje de la base de datos (primer trimestre)
- Reunión para valorar las sugerencias de cambio tras el pilotaje
- Puesta en marcha definitiva

- Elaboración de los primeros indicadores

INDICADORES

- Base de datos elaborada: SI /NO
- % de cumplimentación de los campos de la base (>80%)
- Selección de indicadores básicos (se elegirán una vez pilotada la base de datos, se determinarán en la evaluación intermedia del proyecto)

DURACIÓN

- Elaboración de la base de datos: 4º trimestre 2016
- Pilotaje del registro: 1º trimestre 2017
- Implementación de las modificaciones tras el pilotaje: Abril 2017
- Puesta en marcha: Abril 2017
- Selección de indicadores: Junio 2017
- Evaluación final: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

En esta primera propuesta se pretende registrar los pacientes ambulatorios. Posteriormente se pretende llevar a cabo una sistemática similar para pacientes ingresados, obviamente con algunos datos e indicadores distintos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JUAN BLAS PEREZ LORENZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE DIOS ROMERO ALBERTO
MERINO LABORDA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna Med Clin (Bar).2010;134(11):505-510 se han revisado 50 informes de alta a través de la historia electrónica de las altas de Medicina Interna del Hospital de Jaca, elegidos al azar, correspondientes al mes de octubre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se observa que el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores es:

1: 86%, 2: 80%, 3: 98%, 4: 80%, 5. 66%, 6: 84%, 7:100%, 8: 2%, 9: 90%, 10. 98%: 11. 94%, 12: 66%, 13: 80%, 14:74%, 15.:78%, 16: 4%.

Hay que considerar que el objetivo 8 que se puso no figura en las recomendaciones de la SEMI (Conthe Gutierrez P, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc).doi:10.1016/j.medcli.2009.12.002) y es difícilmente alcanzable (hacer constar en un informe de alta la tendencia en sus constantes habituales). Tampoco figura y no hay acuerdo poner el email del Servicio o teléfono de la institución (16)

Se concluye por ello que todos los indicadores, excepto el 8 y el 16 se cumplen sobradamente en más del 50% de los informes;

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de los criterios de este proyecto supone una mejora en la práctica clínica que da lugar a una mejor información para el enfermo y el médico de Atención Primaria, por otra parte permite disponer de un mayor número de datos en la historia clínica electrónica del paciente lo que facilita la continuidad de la asistencia, y finalmente genera la satisfacción de un trabajo bien hecho, las causas de estas posibles deficiencias pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada burocrática y la complejidad de los datos al ser muchos pacientes crónicos complejos.

7. OBSERVACIONES.

Aún cundo inicialmente se pensó para el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Jaca posteriormente a su presentación los dos facultativos se han integrado con el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge, en donde hace 5 años ya se realizó un proyecto análogo y se ha incluido en el Acuerdo de gestión del Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge, por lo que figura como responsable el Jefe de Servicio; en los últimos 6 meses los siete facultativos del Hospital San Jorge han participado en la asistencia del Hospital de Jaca y de hecho la mitad de los informes del último mes les corresponden.

Pudiendo concluir que los informe de alta de Medicina Interna procedentes del Hospital de Jaca son actualmente de elevada calidad y cumplen las recomendaciones de la SEMI

*** ===== Resumen del proyecto 2016/638 ===== ***

Nº de registro: 0638

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
DE DIOS ROMERO ALBERTO, MERINO LABORDA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El problema se detectó al revisar el incumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna (Consenso Para la Elaboración del Informe de Alta Hospitalaria en Especialidades Médicas. Med Clin(Bar).2010;134(11):505-510. Accesible online en: www.elsevier.es/medicinaclinica / <http://mileon.files.wordpress.com/2010/05/consensoinformealthospitalaria.pdf>).

Las causas de estas deficiencias en los informes pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada como burocrática y poco atractiva, la complejidad de los datos (pluripatológicos y polimedicados), la mayor probabilidad de cometer errores, el síndrome del médico quemado, la histórica ausencia de evaluaciones de calidad asistencial y la histórica ausencia docente e investigadora basada en la revisión de datos de informes de alta.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera mejorar la calidad y cantidad de información relevante del contenido de los informes de alta. Esta mejora se traduce en un impacto positivo para la continuidad asistencial entre diferentes niveles, se producen menores errores y mayor seguridad, se posibilita un mejor uso de datos para epidemiología, investigación, docencia y se evitan problemas legales.

MÉTODO

Se espera que, al menos el 50% de los procedimientos del informe del alta detallados en el consenso sobre los antecedentes, la historia actual, la exploración física, los exámenes complementarios, la evolución, los diagnósticos, el tratamiento y el control al alta se cumplan.

INDICADORES

Se proponen 16 indicadores (constancia de contenidos en los informes de alta):

1. Ausencia de acrónimos (excepto los clásicos HTA, EPOC y ECG).
2. Antecedentes: familiares, capacidad funcional o grado de dependencia en pacientes de alto riesgo (edad > 80 años, comorbilidad como ictus, neoplasia en fases terminal o demencia, por ejemplo).
3. Antecedente: información detallada de la comorbilidad (grado del déficit cognitivo, grado de EPOC, órganos diana afectados por la HTA o diabetes, % de la HB Alc en la diabetes, el estadiaje de la neoplasia (TNM, por ejemplo), el filtrado glomerular en la insuficiencia renal, causa y grado de la insuficiencia cardíaca, etc.).
4. Antecedente: pronóstico de las enfermedades en estadio avanzado o terminales (mal pronóstico e irreversible) y constancia de la orden de no reanimar o limitación del esfuerzo terapéutico (integrar las Voluntades Anticipadas).
5. Antecedentes: tratamiento actual o previo detallado con el nombre del principio activo, la dosis, la vía de administración y el horario prescrito.
6. Antecedentes: hábitos tóxicos, duración y su estimación cuantitativa.
7. Antecedentes: alergias, intolerancias y efectos adversos (diferenciados).
8. Exploración física: constantes previas habituales (su tendencia) y las de la asistencia pre o extra-hospitalaria (domicilio, 0,61 o Centro de Salud) que motivó el traslado.
9. Exploración física: constantes habituales en Urgencias: presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (T^a), sin olvidar la frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (Sat O₂) indicando si es basal o con oxígeno y la escala del dolor si procede (dolor agudo o crónico y bajo tratamiento analgésico).
10. Evolución: consta el razonamiento clínico de los cambios de tratamiento y del diagnóstico diferencial.
11. Diagnóstico principal que motivó el ingreso, evitando en la medida de lo posible la mención de diagnóstico sintomáticos (disnea, dolor, fiebre) o sindrómicos (síndrome anémico, síndrome prostático) sin mención causal (aunque sea una hipótesis). Se detalla el diagnóstico según el indicador número 4.
12. Diagnóstico: grado de funcionalidad / dependencia (Barthel) (si precisa), así como el estado cognitivo (si precisa).
13. Diagnóstico: se incluyen también los efectos adversos, alergias, intolerancias, errores y yatrogenia (si precisa), así como los diagnósticos secundarios.
14. En el plan y recomendaciones se incluye la actitud pronóstica en función del estado de la enfermedad (paliativo, etc., si precisa).
15. Tratamiento: consta el principio activo, la dosis, la duración, la vía y el horario y se razonan los motivos de los cambios terapéuticos.
16. Se explicitan contactos de referencia para resolver dudas (teléfono de la institución / e-mail laboral).

DURACIÓN

- Análisis de la situación mediante estudio de una muestra de 50 informes de alta hospitalarios (escogidos aleatoriamente) del año 2016: hasta Enero de 2016.
- Exposición de datos, análisis y propuestas de mejora dando a conocer el proyecto en detalle a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

especialistas a los que va destinado: Febrero de 2017.

- Recogida de datos posterior (muestra aleatoria de 50 informes): de Marzo a Junio de 2016.

- Análisis de impacto (diferencias de cumplimiento de indicadores antes y después del proyecto): Julio de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0986

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ALLER CONDE
· Profesión MATRONA
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRASCO GARCIA MARIA ANGELES
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
NAVARRO GIL CELIA
FERRER POSA LAURA
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
MARTIN LAHUERTA MARIA
HERRER PURROY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo se ha llevado a cabo la visita a las instalaciones de obstetricia del Hospital de Jaca con una periodicidad de una al mes por la matrona.
Se ha realizado una recogida de datos de mujeres que acudían a la visita desde Noviembre 2016 a Diciembre 2017 y los recursos empleados han sido la realización y copia de cartel para colocar por el hospital y centros de salud que corresponden y la elaboración de unas láminas para enseñar durante la visita.
Se ha elaborado un dossier para el equipo de matronas en el que se unifica la información a dar en cada visita.
Se ha informado personalmente al equipo ginecológico y matronas del centro de salud en contacto con las gestantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia de gestantes, respecto del total de nacimientos en nuestro hospital, a la visita ha sido del 22,13% por debajo del standard marcado en un principio. Hemos elaborado esta estadística con las visitas que se han realizado de Enero de 2017 a Diciembre de 2017.
No se ha podido recoger cuestionario de calidad marcado en los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las gestantes y sus familias que han tenido acceso a este servicio nos han reportado satisfacción con el proyecto y durante la dilatación y el parto, las familias eran conocedoras de los protocolos y las rutinas hospitalarias. El alcance propuesto ha sido menor del marcado en un principio aunque estas tasas derivan en su mayoría de:
- Familiarizadas con las instalaciones por parto previo en nuestro hospital
- Dificultad para cuadrar fechas antes del parto.
- Cambios frecuentes en el equipo de matronas implicadas en el estudio

La renovación de este proyecto supondría la posibilidad de realización de la encuesta de satisfacción que quedó pendiente en esta edición que nos daría datos estadísticos sobre la satisfacción materna y la utilidad del mismo. Para ello vamos a establecer visitas guiadas más regulares, cada tres semanas y a elaborar el cuestionario de satisfacción para ser entregado al alta tras el parto a las mujeres que hayan acudido.

7. OBSERVACIONES.

En esta renovación se han incluido otras colaboradoras.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/986 ===== ***

Nº de registro: 0986

Título
VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Autores:
ALLER CONDE MARIA, ESANILLA SAMPER MARIA PILAR, BUENO PERAL ARANZAZU, MARTIN TARIFA LAURA, SANTIAGO SANCHO MARTA, HERRER PURROY LORENA, SAN MIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0986

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchas guías de atención al parto en el territorio español ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la mujer durante su embarazo y al parto. Durante las consultas que realizamos desde la semana 36 de gestación, manifiestan su inquietud por conocer la forma de trabajo y los recursos con los que contamos en nuestro hospital. Creemos que la posibilidad de conocer las instalaciones, materiales, recursos y los lugares dentro del hospital donde se va a desarrollar el nacimiento de sus bebés, transmitirá a madres y a padres seguridad y confianza. Es un buen momento para la resolución de dudas en conjunto sobre la formas de actuación en situaciones de bajo riesgo y de protocolos en caso de traslado materno o neonatal. Muchas guías de atención al parto en el territorio de España ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la atención al embarazo y al parto.

RESULTADOS ESPERADOS

Una vivencia más cómoda y cercana de su paso por el hospital conociendo el recorrido normal establecido para un nacimiento de bajo riesgo.
Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Aumentar la información de la gestante sobre el circuito hospitalario en el momento del parto.

MÉTODO

Se programará una visita guiada el primer sábado de cada mes. La llevará a cabo la matrona que se encuentre de guardia ese día y recorrerán las salas de dilatación, los paritorios, sala de primera valoración neonatal y planta de hospitalización con sala de neonatos. Crearemos un sistema de derivación desde nuestras consultas de matrona y desde las consultas de obstetricia. Estableceremos un estándar de visita que todas conozcamos para ajustarnos a un mismo recorrido e información.

INDICADORES

El 100% de mujeres que vayan dar a luz en nuestro hospital visiten la unidad
El 100% de las mujeres reciban la encuesta de satisfacción
Estableceremos un cuestionario, previa notificación y permiso por parte de la dirección de nuestro hospital, que será anónimo y en sobre cerrado. Dicho cuestionario estará basado en la escala Likert de satisfacción con 5 niveles de respuesta que recogeremos en el ingreso en planta tras el parto.

DURACIÓN

Se comenzarán las visitas en Noviembre 2016
Realización de las visitas a la unidad: Noviembre 2016-Agosto 2017
Recogida de todas las encuestas Agosto 2017- Septiembre 2017
Evaluación de los datos y del proyecto Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0266

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE PEDRO JESUS AGON BANZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO DEL VAL PASCUAL
PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO
NAVARRO GIL CELIA
ESCANILLA SAMPER PILAR
BUENO PERAL ARANCHA
ALLER CONDE MARIA
MARTINEZ MORALES SAMUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Comisión de Lactancia del Hospital de Jaca se ha reunido de forma periódica para trabajar en los objetivos descritos en el Proyecto de Acreditación de la primera fase de la IHAN.
Hemos diseñado un Protocolo de Lactancia Materna que recoge las propuestas de la IHAN, lo hemos adaptado a las características propias de nuestro hospital y nos hemos planteado revisarlo anualmente, o siempre que alguna novedad lo haga necesario (última actualización en septiembre de 2017).

Actividades realizadas para difundir el protocolo:

· Reparto de copias en las zonas del hospital que tienen relación directa con los recién nacidos, para que siempre se encuentren al alcance del personal sanitario implicado en la atención neonatal.

· Explicación directa del protocolo al personal sanitario.

· Presentación del protocolo y pautas para ser "Hospital IHAN" en sesiones clínicas, el 25 de octubre y el 12 de diciembre de este año, dentro del programa de sesiones de la Comisión de Formación del Hospital de Jaca.

Hemos puesto en marcha un sistema de registro de datos relativos a la lactancia materna (tipo de parto, peso al nacimiento, tipo de lactancia, etc) que se cumplimenta en todos los partos que se atienden en este hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En diciembre de 2016 el Hospital de Jaca obtuvo la acreditación de la Fase 1D de la IHAN.

En 2010, la tasa de lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital de Jaca era 71.3%. En 2016 logramos un aumento a 74.3% y actualmente es 74.7%.

La satisfacción de madres, padres y personal sanitario es elevada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente, desde la comisión de lactancia trabajamos para consolidar las mejoras realizadas y abordar los cambios necesarios para obtener la acreditación de la siguiente fase de la IHAN. Entre ellos, la realización de un curso de lactancia materna para profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/266 ===== ***

Nº de registro: 0266

Título
PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
AGON BANZO PEDRO JESUS, PUYUELO DEL VAL PASCUAL, PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO, NAVARRO GIL CELIA, ESCANILLA SAMPER PILAR, BUENO PERAL ARANZAZU, ALLER CONDE MARIA, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Lactantes

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0266

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2004, el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa, reconoció la lactancia materna como una prioridad de salud pública a nivel europeo, y las bajas tasas de amamantamiento y su abandono temprano como un problema de graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medioambiente. Este Plan de Acción Europeo urgió a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente la lactancia materna. Actualmente, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en España continúa siendo inferior a lo recomendado por la OMS y por Asociación Española de Pediatría. En nuestro ámbito, las tasas de lactancia materna exclusiva previa al alta y a los 3 meses de vida se estiman ligeramente mejores que las publicadas en otras áreas sanitarias, no obstante, creemos que todavía podemos progresar en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo principal es aumentar las tasas de lactancia materna y la duración de la misma, respetando siempre la decisión de la madre que opta por la lactancia artificial. Nuestro objetivo secundario es obtener la acreditación de la primera fase de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). La IHAN ha sido avalada por la OMS y la UNICEF para animar a los centros sanitarios a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Planteamos estos objetivos como el inicio de un proyecto más ambicioso. Nos proponemos desarrollar de forma progresiva y escalonada los cambios necesarios para completar las 4 fases de la IHAN (www.ihan.es).

MÉTODO

Para lograr la acreditación de la primera fase IHAN es necesario que exista en el Hospital una Comisión de Lactancia y una Normativa de Lactancia Materna establecida. El Hospital de Jaca cuenta con una Comisión de Lactancia con varios años de recorrido, formada por pediatras, ginecólogo, matronas, personal de enfermería y auxiliares. Esta comisión trabaja para desarrollar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural propuestos por la IHAN. Disponemos de un Protocolo de Lactancia Materna elaborado por las matronas del Hospital de Jaca, adaptado a las características propias de nuestro Hospital y consensuado en la Comisión de Lactancia. Para obtener la acreditación de la primera fase de IHAN también es necesario cumplimentar un cuestionario sobre diferentes aspectos asistenciales y organizativos del Hospital. La Comisión de Lactancia, en una de sus reuniones, debatió y completó dicho cuestionario propuesto por la IHAN.

INDICADORES

La IHAN se encarga de evaluar los logros alcanzados en las diferentes fases. No obstante, nosotros evaluaremos anualmente la evolución proyecto por medio de 5 indicadores: tasas de mantenimiento de lactancia materna al alta hospitalaria, a los 3, 6 y 12 meses de edad, y grado de satisfacción materna en cuanto al apoyo recibido.

DURACIÓN

Actualmente, cumplimos los requisitos necesarios para solicitar la acreditación de la primera fase IHAN. Esperamos obtener dicha acreditación este año, consolidar las mejoras realizadas y plantear el abordaje de los cambios necesarios para optar a la fase 2 en 2017. Posteriormente, trabajaremos en el desarrollo de las siguientes fases.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1557

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO

- Profesión TER
- Centro H JACA
- Localidad JACA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAUSELL MINGOTES PILAR
FRIAS RAMON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.
- Medición de resultados antes y después de la implementación de la medida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Resultados antes de la implementación del listado de verificación (medición realizada en Mayo y Junio):

-Total exploraciones realizadas en pacientes ingresados: 31.

-Procedencia: 51,6% Medicina Interna, 35,5% Cirugía, 12,9% Traumatología.

-Prioridad: 96% Normal.

-Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía: 29 pacientes/ 31 pacientes.

- Resultados tras la implementación del listado de verificación (medición realizada en Noviembre):

-Total exploraciones realizadas en pacientes ingresados: 13

-Procedencia: 69,2% Medicina Interna, 30,8% Traumatología.

-Prioridad: 100% Normal.

-Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía: 13 pacientes/ 13 pacientes.

- Realización del check list: Sí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de la implicación del personal TER y los pacientes en su propia seguridad para disminuir el número de efectos adversos, con respecto a la identificación correcta.

Es necesario ampliar la medición para valorar si la medida instaurada ha sido efectiva

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1557 ===== ***

Nº de registro: 1557

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Autores:
GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL, RAUSELL MINGOTES PILAR, FRIAS RAMON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes ingresados que precisen la realización de una radiografía.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1557

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se define como efecto adverso cualquier evento que provoca daño al paciente. Muchos de los efectos adversos que se producen en el ámbito hospitalario son como consecuencia de un error en la identificación de los pacientes. Los factores precipitantes de este efecto adverso son las edades extremas, problemas de audición, ausencia de protocolos estandarizados entre otros. Estos factores ocurren en nuestro centro dado el envejecimiento de la población de referencia.

Por todo lo anteriormente expuesto, nos parece importante abordar este problema de seguridad en el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en la seguridad de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía, disminuyendo el número de efectos adversos mediante la verificación de la correcta identificación.
- Implicación del personal de TER en la seguridad del paciente ingresado.
- Implicación del paciente ingresado en su propia seguridad.

MÉTODO

- Realizar un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.
- Implicar a los pacientes en su propia seguridad.

INDICADORES

- Realización del listado de verificación.
- Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía.

DURACIÓN

- Realización del listado de verificación: último trimestre de 2016.
- Recogida de los datos: durante el 2017.
- Medición de los resultados: diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1124

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CHIA QUINTIN
DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de mejora constituido para la realización de este proyecto se reunió con periodicidad quincenal los primeros tres meses para repartir tareas de acuerdo a la categoría profesional de cada miembro del equipo de mejora. Tras la revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto. Se trabajó conjuntamente en la elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se realizó una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Se ha documentado el proceso "solicitud de documentación clínica", donde se recoge el protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

El documento generado tiene 2 destinatarios finales:

- Externos: Todos aquellos usuarios y ciudadanos que necesiten solicitar cualquier documento de la Historia Clínica del hospital tanto suya como de aquellos a los que pueda representar legalmente.
- Internos: Todo el personal sanitario del hospital que esté en contacto con la Historia Clínica de los pacientes y a los que se les pueda pedir cualquier documento referido a los procesos asistenciales que haya tenido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha mejorado el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto la solicitud de documentación clínica y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a distintos agentes. La legislación que regula estos aspectos ha sufrido modificaciones en los últimos años, por lo que resultaba imprescindible realizar una revisión de la misma para actualizar la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente la valoración de la adecuada implementación del protocolo. Para ello en los siguientes meses se auditarán las solicitudes. El indicador que utilizaremos para medir el resultado será el siguiente:
Número de solicitudes de documentación realizadas siguiendo el protocolo / Número total de solicitudes de documentación

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1124 ===== ***

Nº de registro: 1124

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
CALLAU PUENTE JAVIER, SOLANO CHIA QUINTIN, DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1124

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Documentación clínica referida a cualquier patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Eficiencia en la gestión de la documentación clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital San Jorge, como todos los hospitales de la red pública, están sujetos a continuas peticiones de documentación clínica tanto por parte de particulares como entidades (mutuas, aseguradoras etc.), así como juzgados y profesionales sanitarios con fines de investigación, inspección etc. La legislación que regula estos aspectos está bastante dispersa y ha sufrido modificaciones en los últimos años, lo que dificulta la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada por los distintos agentes que hemos comentado anteriormente. Una vez acabado el proyecto mejorará el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto a este tema y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a agentes distintos de las personas a las que se refiere la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizar una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Redactar un protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

MÉTODO

Desarrollar una revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto y elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital. Los profesionales implicados en el proyecto se reunirán 2 veces al mes en reuniones de no más de 3 horas para desarrollar las conclusiones del trabajo individual que haya realizado cada uno durante ese periodo.

INDICADORES

Protocolo de actuación por escrito aceptado por la Comisión de Historias Clínicas del Hospital, validado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital.

DURACIÓN

2017: Enero a marzo: Revisión de la legislación actual.
2017: Abril a Septiembre: Redacción del protocolo y presentación a la Comisión de Historias Clínicas del Hospital.
2017: Octubre a Diciembre: Validación por la Unidad de Calidad y aprobación por la Dirección.

OBSERVACIONES

El proyecto mejorará el conocimiento y la actuación de todos los profesionales del hospital respecto a la gestión de la Documentación Clínica en todos los aspectos jurídicos que plantea, aclarando todas las actuaciones que se presenten, en un tema tan delicado y complejo como lo es el uso de la documentación cumpliendo estrictamente las leyes que protegen la confidencialidad para los usuarios del sistema sanitario.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1247

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La población a estudio la comprendieron 62 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindicaba la realización de las mismas. Para ello se realizaron a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, ácido clavulánico, y si eran negativas se les realizaba una prueba de exposición oral con la o las penicilinas problema. Como control positivo se utilizó histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A 20 pacientes se les extrajo una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

Los indicadores que se utilizaron para monitorizar el proyecto fueron los siguientes:

1. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes o con prueba de exposición positiva/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
2. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para ácido clavulánico o con prueba de exposición positiva para ácido clavulánico/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas.
3. Número de pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas, con reacción a Penicilinas en años anteriores a 2017, con o sin pruebas de alergia previas, y son verdaderamente alérgicos/ número total de pacientes que creían ser alérgicos a penicilinas.
4. Número de pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas, con reacción a Penicilinas en años anteriores a 2017, con o sin pruebas de alergia previas, y no lo son/ número total de.
5. Número de historias clínicas de los pacientes del proyecto que contienen un documento de consentimiento informado firmado por el médico y el paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El porcentaje de pacientes con pruebas positivas para Penicilinas fue del 19,3%
El porcentaje de pacientes con pruebas positivas para ácido clavulánico pero con tolerancia a Penicilinas fue del 4,8%
El 10% de los pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas con reacción a Penicilinas en años anteriores, con o sin pruebas de alergia previas, son verdaderamente alérgicos a estos fármacos.
El 90% de los pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas con reacción a Penicilinas en años anteriores, con o sin pruebas de alergia previas, no lo son realmente
El porcentaje de historias clínicas de los pacientes incluidos en el proyecto es del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Descartar que un paciente sea alérgico a Penicilinas permite que en un futuro pueda beneficiarse del tratamiento más idóneo para él y no tener que emplear una alternativa menos eficaz y/o más cara.

7. OBSERVACIONES.

El poder realizar pruebas diagnósticas, en ocasiones de riesgo, en unas condiciones de seguridad para el paciente, con los recursos materiales y humanos necesarios, permite al personal sanitario de la Unidad de alergología realizar su trabajo con una mayor seguridad. Como resultado se mejora la calidad en la atención a nuestros pacientes, evitándoles falsos diagnósticos de alergia a fármacos. Sin unas condiciones de seguridad mínimas no se pueden realizar pruebas de riesgo como son las pruebas con fármacos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1247 ===== ***

Nº de registro: 1247

Título
INCIDENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1247

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

ALERGIA A ESTOS FARMACOS

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

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: Alergia a fármacos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Disponer de los medios materiales y humanos adecuados es fundamental para llevar a cabo un diagnóstico correcto.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto tiene como objetivo principal confirmar o descartar alergia a antibióticos betalactámicos en pacientes de la provincia de Huesca con sospecha de alergia a Penicilinas, con o sin pruebas cutáneas y de exposición previas, que acuden a la consulta de alergia del Hospital San Jorge para confirmar o descartar dicho diagnóstico de sospecha.

MÉTODO

La población a estudio la comprenden 100 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindique la realización de las mismas. Para ello se realizarán a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, y si son negativas se les realizará una prueba de exposición oral con la o las penicilinas problema. Como control positivo se utilizará histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A todos los pacientes se les extraerá una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

INDICADORES

Los indicadores que se van a utilizar para monitorizar el proyecto son los siguientes:

- Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
 - Número de pacientes con resultado positivo en las pruebas de exposición oral o parenteral frente a Penicilinas/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas de exposición con estos fármacos.
- El primer indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas cutáneas mediante prick test y pruebas intradérmicas a todos los pacientes incluidos en el proyecto. Tras un tiempo de 15 minutos se leerán y se anotarán los resultados en una hoja de registro.
El segundo indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas de exposición oral o parenteral a los pacientes cuyas pruebas cutáneas o determinación analítica de IgE específica sean negativas. Se anotarán los resultados en una hoja de registro.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto junio 2017. Período de reclutamiento: 5 meses. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, los datos sobre la enfermedad, se realizarán las pruebas cutáneas y se sacará una muestra de sangre a los sujetos en los que esté indicado. Fin estimado del estudio: Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Creación de un texto consensado y estandarizado para su inclusión en los informes de las citologías ginecológicas.
2.- Diseño de nuevos flujogramas, modificando los ya existentes, para optimizar la labor coordinada entre la sección de patología molecular y la de transcripción de informes.
3.- Difusión entre las TEAP y los FEA de la necesidad del cambio propuesto para mejorar la eficiencia en el cribado de cáncer de cérvix.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

95% de mujeres de 30 a 65 años, con VPH16+, a las que se recomienda derivación directa a la consulta de colposcopia.
98% de citologías ginecológicas de 30 a 65 años VPH16+ con texto estandarizado recomendando derivación a colposcopia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de trabajo en equipo y coordinado para mejorar los resultados de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1759 ===== ***

Nº de registro: 1759

Título
PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.

Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.

En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se puede finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de la guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

MÉTODO

- Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
- Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
- Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
- Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
- Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
- Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
- En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

INDICADORES

Indicadores:

- % de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
- % de mujeres entre 30 y 65 con estudio de patología molecular para HPV.
- % de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.

Objetivos:

- % de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
- % de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.
Colaborarán a este proyecto todo el personal técnico y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
GOMEZ GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo charlas con los/as Tecnicos Especialista en Anatomía Patológica (TEAPs) para comunicarles los resultados que iba arrojando el cribado en el servicio de Anatomía Patológica de Huesca y la importancia de su papel.

Se han llevado a cabo charlas orientadas a TEAPs y FEAs de Anatomía Patológica para la adopción conjunta del protocolo elaborado.

Se estableció un período de charlas de un mes y otro mes de rodaje en el año previo a la implantación de este programa.

Los recursos empleados han sido de tipo informático para la formación en el nuevo protocolo. No ha sido necesario ni la adquisición de equipamiento ni contratación de personal.

Siempre que ha sido posible se han comunicado los hallazgos, primeramente en el hospital, con las Jornadas científicas que anualmente organiza el Hospital San Jorge. Asimismo se han llevado comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, por ejemplo el Eurogin 2017 en Amsterdam.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado el objetivo de reducir el porcentaje de citologías ginecológicas en menores de 25 años por debajo del 5%. De hecho, el porcentaje es inferior al 3%.

El porcentaje de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de VPH como prueba primaria es superior al 95%, cuando el objetivo era situarse entre el 90 y 95%.

El impacto de la adopción ha sido un uso más eficiente de la citología y evitar la iatrogenia asociada al sobretratamiento y el daño por infratratamiento ya que el test de VPH es mucho más sensible que la citología.

Como indicadores se utilizó el porcentaje de citologías ginecológicas en mujeres menores de 25 años y de mujeres de 30 a 65 años con test VPH como prueba primaria.

Se ha tomado como referencia las recomendaciones del consenso español multidisciplinar para el cribado de cáncer de cérvix de noviembre de 2014.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un aspecto muy destacable de este proyecto es el que el trabajo entre facultativos y personal técnico redundaba en un mejor flujo de trabajo y mayor eficiencia del servicio.

Además, la adopción de guías clínicas recientes permite proporcionar una asistencia sanitaria de calidad.

Dado que no ha requerido de nueva tecnología y personal, podría ser replicable en otros hospitales, además de sostenible. Para reproducir este protocolo se requiere una adecuada comunicación entre los servicios implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1759 ===== ***

Nº de registro: 1759

Título
PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.

Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.

En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se puede finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de la guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

MÉTODO

- Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
- Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
- Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
- Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
- Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
- Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
- En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

INDICADORES

Indicadores:

- % de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
- % de mujeres entre 30 y 65% con estudio de patología molecular para HPV.
- % de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.

Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

% de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
% de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.
Colaborarán a este proyecto todo el personal técnico y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procedió a revisar los check list del Colegio Americano de Patólogos, Real Colegio Británico y Australiano de Patólogos y el libro blanco de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Posteriormente se sintetizaron los diversos aspectos o ítem y, finalmente, se elaboró el protocolo de dictado para informes de Anatomía Patológica para piezas de conización.

Se estableció como plazo para la adopción de este tipo de informe estandarizado el segundo semestre del año, fecha de revisión del protocolo del Colegio Americano de Patólogos, de uso muy extendido.

Para elaborar el proyecto, se creó una subcarpeta en la carpeta electrónica común con el protocolo, en castellano, disponible para el dictado y/o la impresión para su consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el objetivo marcado de que el 75% de los informes de piezas de conización se lleven a cabo con esta estandarización.

El indicador utilizado fue el % de informes de conización que seguían el protocolo consenso alcanzado. El porcentaje de, al menos, un 75% es arbitrario, ya que no encontramos en la literatura una cifra más objetiva.

La estandarización y actualización periódica de los informes de Anatomía Patológica aúna equidad y calidad. Garantizan que cualquier mujer conizada va a tener un informe de Anatomía Patológica con toda la información necesaria, según la evidencia científica del momento, para decidir la actitud y manejo posterior. La actualización periódica asegura que los cambios en la práctica diaria van a ser recogidos para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad y eficiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario un esfuerzo conjunto de todos los miembros de un servicio de Anatomía Patológica para elaborar un protocolo de informe consensuado.

Este informe asegura la equidad y pone en valor el trabajo en Anatomía Patológica, ya que se aúnan flexibilidad, equidad y rigor científico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1760 ===== ***

Nº de registro: 1760

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS DE CONIZACION

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo Mujeres

Edad Adultos

Tipo Patología Neoplasias

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica al disminuir la variabilidad y obtener datos para mejorar los resultados clínicos de las conizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos 4 años se ha triplicado el número de conizaciones realizadas en el hospital San Jorge de Huesca.

Las conizaciones son necesarias para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y puede ser el primer tratamiento en algunas lesiones invasivas.

Los informes de Anatomía Patológica no sólo deben proporcionar información diagnóstica y pronóstica, sino que deben recoger datos que permitan mejorar parámetros de calidad asistencial.

La mejor forma de alcanzar el objetivo anteriormente expuesto es homogeneizar los informes, para disminuir la variabilidad y permitir su estudio, con el fin de emprender proyectos de mejora asistencial y monitorizarlos.

Existen varios protocolos para informar las piezas de conización, a nivel nacional e internacional. Ninguno es claramente superior a los otros.

RESULTADOS ESPERADOS

Deseamos homogeneizar los informes de Anatomía Patológica de piezas de conización y que incluyan información útil para la unidad de patología cervical.

La población diana serían todas las mujeres conizadas en el hospital San Jorge de Huesca. Teniendo en cuenta los datos del servicio de Anatomía Patológica, la cifra rondaría las 60-70 conizaciones anuales.

MÉTODO

a) Elaboración por los FEA de Anatomía Patológica de un informe que sintetice las propuestas del Colegio Americano de Patólogos, Colegio Británico de Patólogos, Colegio de Patólogos de Australia y la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

b) Colocación de dicho informe en el disco duro de común del Servicio de Anatomía Patológica e impresión de una copia en papel para cada patólogo.

c) Elaboración de base de datos de conizaciones con los datos de los informes de Anatomía Patológica.

d) Semestralmente se recopilarán y expondrán los datos obtenidos en el servicio de Anatomía Patológica, con comunicación a la unidad de patología cervical.

No se prevén cambios en la oferta de servicios.

INDICADORES

Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:

a) % de informes que utilizan la estructura del informe protocolizado consenso.

b) % de informes que recogen todos los parámetros del informe protocolizado consenso.

c) % de conizaciones en los que la pieza de conización es única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical tomado.

Los objetivos a alcanzar son:

a) 95% de informes con la estructura del informe protocolizado consenso.

b) 95% de informes que recojan todos los parámetros del informe protocolizado consenso.

c) 25% de informes en los que en las conizaciones sean de pieza única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical realizado.

DURACIÓN

La duración de este proyecto es de un año, con comienzo el 1 de enero de 2018.

Al iniciarse el segundo semestre del año, nos reuniremos los FEA de Anatomía Patológica y los ginecólogos encargados de la consulta de patología cervical para analizar los datos del primer semestre, buscando debilidades y propiando mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA
ARA IBARZ MARIA HERMINIA
ROSELLO PARDO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este grupo de mejora se inició en el año 2016 motivado por la necesidad general, por parte del servicio de Anestesiología y Reanimación, de ofrecer una mejor evaluación perioperatoria de todo paciente candidato a cirugía programada; y un manejo activo y acorde a las principales guías clínicas y evidencia disponible de la medicación crónica de los pacientes. En ese sentido, aquellos pacientes con patología reumatológica (ya sean autoinmunes o inflamatorias) requieran con frecuencia distintos tipos de fármacos modificadores de la enfermedad; muchos de los cuales actúan a nivel del sistema inmunológico con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infección perioperatoria. Deben por tanto intentar protocolizarse el manejo de estas medicaciones, atendiendo no solo a sus propiedades y características farmacológicas, sino también a la individualización en cada paciente (en función del tipo de patología, gravedad...) así como a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupción de dicho tratamiento pueda tener en la evolución postoperatoria del paciente.

El grupo de mejora se ha reunido una vez por trimestre exceptuando los meses vacacionales de julio-septiembre (aunque a esto hay que añadir una comunicación activa continuada). En una primera reunión se intentaron establecer distintos criterios que permitieran la identificación adecuada (en base a tipo de patología, situación, gravedad...) de estos pacientes en la consulta de valoración preanestésica. Posteriormente, en una segunda/tercera reunión, y basándonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiología para el manejo perioperatorio de los fármacos de administración crónica, se estableció un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupción o no de los distintos fármacos modificadores de la enfermedad.

En un futuro, la intención del grupo es evaluar; no solo el número de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino también hasta que punto se ha producido una modificación de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensión de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de un listado de los principales fármacos utilizados en este tipo de patologías y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible: Objetivo alcanzado y plasmado en un libro publicado por el Servicio de Anestesiología. Se han elaborado también dosieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia
Discusión con otros servicios relacionados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupción o no de estos tratamientos: Existe en estos momentos cierta carencia en la consecución de este objetivo, que se plantea por ello como uno de los objetivos
Adecuada comunicación al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fármacos:
Objetivo en nuestra opinión alcanzado, si bien sería interesante establecer una posible encuesta de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos alcanzado el primer objetivo: la identificación de los principales fármacos utilizados en este tipo de pacientes y la realización de un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia disponible. No obstante será necesario a lo largo del año 2018 la confirmación objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes. Será necesario valorar que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, así como evaluar objetivamente si dichas recomendaciones han sido posteriormente correctamente comunicadas al paciente y sus familiares, y comprobadas preoperatoriamente antes de la intervención (mediante el check-list).

Queda no obstante pendiente, a modo de autocritica (para los miembros participantes del grupo) el conseguir una mayor concienciación de todos aquellos profesionales encargados de la valoración preoperatoria en cuanto a la identificación y manejo de estos pacientes.
Para ello, el grupo se ha planteado la realización de una sesión informativa al Servicio de Anestesiología (valorando la posibilidad de dar una charla también a los distintos servicios quirúrgicos, responsables también de un manejo perioperatorio óptimo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTÉSICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

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: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMES (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNF, antiinterleucinas, antiCD20, etc).

La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.

Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.

Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:

1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo).
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA

- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un "check list" en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico..

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016

Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.

Evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTÉSICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
VERA BELLA JORGE
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
NAJAR SUBIAS MONICA
QUILEZ PEREZ LUCIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto iniciado en el año 2016 surge de la necesidad del servicio de Anestesiología y Reanimación de ofrecer una mejor evaluación perioperatoria y un manejo activo y acorde a las principales guías clínicas y evidencia disponible de la medicación crónica a todo paciente con patología reumatológica y candidato a cirugía programada.

En ese sentido, muchos de estos fármacos actúan a nivel del sistema inmunológico, con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infección perioperatoria.

Debíamos por tanto intentar protocolizar el manejo de estas medicaciones, atendiendo a las propiedades y características farmacológicas, así como a la individualización en cada paciente y a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupción de dicho tratamiento pueda tener en la evolución postoperatoria.

El grupo se ha ido reuniendo de manera trimestral con los siguientes objetivos:

-Establecer criterios que permitieran la identificación adecuada (en base a tipo de patología, situación, gravedad...) de estos pacientes en la consulta de valoración preanestésica.

-En sucesivas reuniones, y basándonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiología para el manejo perioperatorio de los fármacos de administración crónica, se estableció un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupción o no de los distintos fármacos modificadores de la enfermedad.

-Finalmente la intención del grupo fue evaluar; no solo el número de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino también hasta que punto se ha producido una modificación de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensión de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaboración de un listado de los principales fármacos utilizados en este tipo de

patologías y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible.

-Publicación de un libro elaborado por el Servicio de Anestesiología.

-Elaboración de dossieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia.

-Comunicación multidisciplinar con otros servicios implicados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupción o no de estos tratamientos.

-Adecuada comunicación al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fármacos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Consideramos una correcta identificación en la consulta de preanestesia de los principales fármacos utilizados en terapias biológicas e inmunosupresores.

- La realización y posteriores revisiones/actualizaciones del protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos (basado en la evidencia disponible) han resultado de gran ayuda para un manejo consensuado del Servicio.

-Confirmación objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes (>82% de cumplimentación)

-Confirmación de que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, tanto a pacientes como a familiares.

-Verificación en antequirófano (mediante el check-list) de que dichas recomendaciones preoperatorias se han seguido por parte de los pacientes correctamente.

-Se ha conseguido mayor concienciación de todos aquellos profesionales encargados de la valoración preoperatoria en cuanto a la identificación y manejo de estos pacientes.

-Realización de una sesión informativa al Servicio de Anestesiología sobre los progresos, conclusiones, recomendaciones y resultados del trabajo realizado por el grupo.

7. OBSERVACIONES.

A modo de autocrítica, nos hubiera gustado la realización de encuestas de manera formal y por escrito (ya que si que hemos realizado encuestas verbales en las consultas) sobre la información, claridad y satisfacción de nuestros objetivos por parte de pacientes y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

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: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMES (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNF, antiinterleucinas, antiCD20, etc).
La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.
Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.
Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:
1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo).
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un "check list" en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALAMILLO SALAS CLARA
NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
SAUCO JAQUES JOSE EMILIO
FERNANDEZ GIL MARTA
ANTON QUIROGA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el inicio del grupo de mejora en el año 2016, motivado por la trascendencia clínica que una potencial y/o conocida vía aérea difícil puede tener tanto sobre la seguridad del paciente como sobre el ejercicio del profesional médico (incluyendo no solo a la especialidad de anestesiología sino también a otras como medicina intensiva y/o urgencias) y con el objetivo de intentar identificar a aquellos pacientes que por su exploración preintervención fueran potencialmente considerados como vía aérea difícil, se procedió a intentar establecer un protocolo de identificación de factores de vía aérea difícil, inicialmente en la visita preoperatoria (pero también, en el caso de las urgencias, en la valoración preoperatoria inmediata a la realización de la intervención), utilizando para ello los distintos marcadores que las distintas sociedades anestésicas han considerado como útiles en base a la evidencia disponible.

A lo largo del año 2017 se han realizado cuatro reuniones con asistencia masiva (salvo justificación exclusivamente motivada por la existencia de guardia o de libranza de guardia de algún asistente) de los miembros del grupo en las siguientes fechas: 8/02/2017, 6/06/2017, 12/08/2017 y 12/12/2017. Durante estas reuniones se procedió a analizar el número de vías aéreas difíciles no previstas, así como el número de vías aéreas potencialmente difíciles identificadas en la visita preoperatoria en aquellos pacientes candidatos a cirugía programada, así como a valorar el manejo (relativo a vía aérea) que se había realizado con dichos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Así, y a partir de los datos analizados y evaluados en las distintas reuniones se han llegado a las distintas conclusiones respecto a los objetivos (inicialmente marcados) a realizar según los planes del grupo de mejora del año anterior:

. 1) La identificación de pacientes con potencial vía aérea difícil por parte de miembros del servicio de anestesiología en la consulta de preanestesia ha sido adecuada, en base a los principales factores predictores recomendados por las principales sociedades anestésicas. Dicha identificación ha sido adecuadamente descrita en la hoja de evaluación preanestésica, así como adecuadamente transmitida al servicio de anestesia de cara a realizar un adecuado manejo de dichos pacientes.

. 2) La aparición de vía aérea difícil no esperada en quirófano (una situación de alto riesgo para el paciente) ha sido, en los (afortunadamente) escasos casos en los que ha aparecido, adecuadamente manejada e identificada, con la consecuente identificación en la hoja intraoperatoria de dichos pacientes y la transmisión activa tanto al paciente como a los familiares del paciente de dicha situación, con el objetivo de minimizar los riesgos futuros que una posible anestesia general (y/o manejo de su vía aérea por situaciones de emergencia) pudiera tener.

. 3) Uno de los objetivos que se plantearon en el inicio del grupo de mejora fue la elaboración de un registro informatizado y a ser posible adjuntado a la historia clínica electrónica. Lamentablemente, si bien se ha podido realizar una correcta identificación en la historia clínica (en papel) de los pacientes con vía aérea difícil potencial o conocida, su incorporación a la historia clínica electrónica no ha sido posible, en gran parte debido al déficit que la historia clínica electrónica presenta en nuestro hospital.

4). Aunque inicialmente se intentó realizar la identificación mediante tarjeta de aquellos pacientes con vía aérea difícil potencial o conocida, la práctica clínica nos ha conducido a otro planteamiento: la identificación mediante tarjetea de posible vía aérea difícil no suponía grandes diferencias respecto a la identificación en la visita preanestésica (programada o urgente) de dicha vía aérea en lo que respecta al servicio de anestesia, donde además la presencia de una potencial vía aérea difícil era comunicada de forma activa al resto de los miembros del servicio; en el caso de una situación de urgencia, en aquellas ocasiones (afortunadamente pocas) en lo que esto ha sucedido la emergencia de la situación hacía que o bien los facultativos consultasen el acto anestésico (o preanestésico) previo o bien, en caso de emergencia, no se consultase ningún aspecto de la historia relativo a la VAD. Eso ha hecho que los miembros de este grupo de mejora se plantee nuevas medidas que minimicen el riesgo de VAD y optimicen su manejo, en lugar de la identificación mediante tarjeta.

5). Esas medidas que se han decidido adoptar, en lugar de la administración y creación de una tarjeta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

identificativa (al menos hasta la posibilidad de poder adjuntar y disponer realmente de una historia clínica electrónica adecuada) se han aprobado en las distintas reuniones del grupo de mejora, y son las siguientes: identificación y comunicación activa a los miembros del servicio de anestesiología y servicios relacionados con el paciente de la presencia de una vía aérea difícil potencial, administración clara y concisa al paciente y sus familiares directos de la existencia de una vía aérea difícil conocida en aquellos casos pertinentes (con especial énfasis en la necesidad de comunicar dichos datos ante cualquier situación que pudiera requerir de un acceso a la vía aérea), identificación clara y resaltada en el acto quirúrgico-anestésico de la existencia de una vía aérea difícil, formación (en la medida de lo posible) de todos aquellos facultativos posibles sobre el adecuado manejo y/o identificación de una vía aérea difícil y formación continuada de facultativos del servicio en el manejo de la vía aérea difícil .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La identificación de una vía aérea difícil (potencialmente) en una visita preoperatoria es fundamental; para ello, parece claro que la utilización de los principales indicadores de vía aérea difícil son suficientes para su identificación. A este respecto, consideramos que los facultativos anestésicos, por su formación y trabajo diario, están sobradamente formados en su identificación y exploración; se hace necesario no obstante, una vez identificada una vía aérea difícil (potencial) la correcta transmisión de la información al resto del servicio y en especial al facultativo responsable el día de la intervención, para el desarrollo de un adecuado manejo del paciente. En este sentido, para años posteriores se considera necesaria la implementación de la transmisión de la información de una forma segura y generalizada al servicio de anestesia.

El problema se plantea en situaciones de urgencia o emergencia, en los que pudiera darse la situación de no disponer del tiempo necesario para la correcta consulta de los datos preanestésicos. Aunque uno de los objetivos iniciales de este grupo era la creación de una tarjeta de identificación, consideramos que lo ideal sería disponer de una adecuada historia clínica electrónica en la que se detallará el carácter difícil de la vía aérea del paciente. Desgraciadamente esto escapa a las posibilidades de este grupo, debiendo buscar alternativas hasta que dicha historia clínica electrónica (adecuada) sea una realidad.

Consideramos por ello que hasta entonces, además de una correcta identificación en los documentos anestésicos, lo mejor que podemos hacer es una formación activa de todos los facultativos en el manejo e identificación de la vía aérea difícil. Para ello, se ha valorado la posibilidad de realizar cursos y/o charlas de formación en el manejo de la vía aérea básicos para los facultativos del hospital, y avanzados para aquellos facultativos que puedan estar más relacionados con el manejo de la vía aérea (anestésicos, médicos intensivistas, médicos de urgencias).

7. OBSERVACIONES.

En base a lo anterior, consideramos la necesidad de prorrogar el grupo de mejora (al menos) un año más, tanto por su importancia en el trabajo diario del servicio como en la seguridad de los pacientes, con los siguientes objetivos:

1. Formación de los miembros del servicio de anestesiología en el manejo adecuado de la vía aérea: para ello, se intentará desde el grupo de mejora la distribución de distintos cursos de formación para que de forma generalizada se distribuya entre los miembros del servicio. Durante este año, dos miembros han realizado curso de formación en manejo fibroscópico de vía aérea y dos en acceso quirúrgico a vía aérea.
2. Desarrollo de programa de formación en manejo de vía aérea para otros facultativos: el servicio de anestesia realiza de forma activa un curso en manejo de vía aérea. Desde el grupo de mejora se considera fundamental la continuación de esta actividad, así como un esfuerzo activo en darlo a conocer y permitir su generalización a todos aquellos facultativos interesados.
3. Identificación adecuada y registro de pacientes con vía aérea difícil real o potencial: se considera fundamental continuar con el registro de aquellos pacientes que pudieran presentar vía aérea difícil y su adecuada identificación en los registros anestésicos.
4. Implementación de identificación de estos pacientes en la historia clínica electrónica: aunque escapa (probablemente) a las posibilidades reales de este grupo de mejora, consideramos fundamental desarrollar de manera activa con los responsables de la creación de la historia clínica electrónica un elemento de identificación de vía aérea difícil, de fácil e inmediata consulta en aquellas situaciones en que sea necesaria.
5. Concienciación del resto de servicios quirúrgicos: uno de los aspectos que hemos encontrado, motivados por la situación actual, es que muchos pacientes son evaluados y posteriormente programados sin notificación (al servicio de anestesia) a pesar de haber dispuesto específicamente la necesidad de dicha notificación para una adecuada preparación del manejo de la vía aérea. Uno de los objetivos a conseguir el próximo año es que, en aquellos casos de potencial vía aérea difícil identificados en visita preoperatoria, se consiga una programación con suficiente antelación y notificación al servicio de anestesiología para su correcto manejo.
6. Análisis del manejo de una vía aérea difícil y protocolización: una vez se consiga una adecuada identificación y comunicación de una potencial vía aérea difícil, su manejo debe ser lo más protocolizado posible de cara a una mayor seguridad de los pacientes. Para ello, y desde este grupo, se toma como objetivo para el próximo año el análisis detallado de aquellos casos de vía aérea difícil así como el desarrollo e implementación de un protocolo de manejo o guía de manejo a conocer por todos aquellos profesionales que en un momento determinado pudieran estar relacionados con el manejo de la vía aérea.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

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: Patología de vía aérea
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.

El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarma que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO

- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
 - . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal...).
 - . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES

- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.

- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.

- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizaran incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados...

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).

Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN

Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.

Elaboración del registro: diciembre de 2016.

Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA MENGUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OLIVAN LAFUENTE BLANCA
ABIOL CAMPOS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Sesión informativa acerca de la implantación de la tarjeta de vía aérea difícil. Asistencia del 80% de los miembros del servicio (ausencias justificadas)
- Diseño e impresión de la tarjeta identificativa por duplicado (para el paciente y para la historia clínica en papel)
- A los pacientes identificados como vía aérea difícil, se les entrega una tarjeta debidamente rellena, junto con una breve y sencilla explicación acerca de su utilidad y de la conveniencia de llevarla encima en todo momento
- Incorporación a la historia clínica en papel del duplicado de la tarjeta entregada al paciente, rellena por el mismo facultativo
- Auditoría en noviembre acerca de los casos registrados y la cumplimentación de la tarjeta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Buena adhesión al proyecto de mejora por parte del servicio de anestesiología
- Correcta identificación y registro de los casos de vía aérea difícil, aproximándose a la incidencia publicada en las guías de manejo de vía aérea
- Se han evitado situaciones de riesgo en el manejo de la vía aérea por la tarjeta incluida en la historia clínica de la población diana
- Mejoría global en la seguridad y calidad en el manejo de la vía aérea
- Gestión responsable de recursos en función de los casos detectados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se considera muy necesaria la correcta transmisión de la información tanto verbal (como se venía haciendo hasta antes del proyecto) como por escrito en los casos con dificultad en el manejo de la vía aérea
- El registro de los casos acontecidos ayuda en la detección de necesidades de formación y de previsión de recursos para maximizar la seguridad y calidad en la atención del paciente
- Se recomienda seguir con el proyecto, nombrando nuevos responsables y realizando auditorías anuales

7. OBSERVACIONES.

Se considera finalizado el presente proyecto por traslado a otro hospital de la coordinadora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

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: Patología de vía aérea
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD. El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarma que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO

- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
 - . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal...).
 - . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES

- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.
- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.
- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizarán incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados...

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).

Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN

Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.

Elaboración del registro: diciembre de 2016.

Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE CLARA ALAMILLO SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA
SAUCO JAQUES JOSE EMILIO
CARRION PAREJA JUAN CARLOS
BOTAYA ESTAUN ANA
POLO TOLOSANA MARTA
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL motivo de la creación de este grupo fue la importancia que las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) pueden tener en la recuperación postanestésica, tanto en confortabilidad del paciente como en seguridad, aumento de tasas de ingreso hospitalario, aumento de costes, aumento de complicaciones...EL objetivo fundamental de la creación de este grupo de mejora tenía como base la estratificación del riesgo preoperatorio de NVPO de los pacientes, y el desarrollo de unos protocolos que permitieran tanto la profilaxis como el tratamiento de las NVPO; a partir de aquí, es de suponer que se conseguirá la disminución de la incidencia de esta complicación y con ella la de sus posibles consecuencias en el paciente.

A lo largo del año se han producido 5 reuniones del grupo de mejora, citándose a continuación las actividades realizadas:

1. Elaboración de protocolos de estratificación de riesgo preoperatorio para NVPO: desarrollado a raíz de consulta bibliográfica (guías de práctica clínica, manuales...), y traslado al Servicio de Anestesiología para su implementación en la visita preanestésica (en caso de cirugía programada) y en la valoración preanestésica en cirugías de urgencia. Se ha utilizado principalmente, por su evidencia, la escala de Apfel para adultos.
2. Elaboración de protocolo de profilaxis de NVPO: a partir también del análisis de la bibliografía existente, se ha desarrollado un protocolo de prevención de NVPO con medidas farmacológicas (administración previa de distintos fármacos), medidas intraoperatorias (potenciación de anestesia regional sobre general, minimización del uso de opioides intraoperatorios, minimización del uso de óxido nitroso...). Estas medidas se realizan en base a lo que debe considerarse primera medida preventiva, la estratificación del riesgo realizada durante la valoración preanestésica.
3. Elaboración de protocolo de tratamiento de NVPO: en aquellos pacientes en los que a pesar de una adecuada profilaxis se presente esta complicación debe realizarse un tratamiento lo más protocolizado posible. Para ello, se ha desarrollado también dicho protocolo para su aplicación en este tipo de pacientes.
4. Creación de vademécum de fármacos relacionados con la profilaxis-tratamiento de las NVPO: la realización de protocolos se ha basado no solo en la bibliografía disponible, sino también en su adaptación al contexto real de nuestro servicio y Hospital, usándose los fármacos actualmente disponibles al respecto y especificándolo en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los distintos indicadores que inicialmente nos planteamos citamos a continuación los resultados obtenidos:

· Creación de protocolos y verificación: se han creado los citados protocolos de estratificación de riesgo, profilaxis y tratamiento de NVPO, que se han presentado al Servicio de Anestesiología para su aprobación e implementación posterior.

· Control de los resultados: aprovechando la visita para el control de dolor agudo postoperatorio se ha iniciado también el control y seguimiento de la incidencia de NVPO en pacientes postoperatorios, estando pendiente de su análisis (supeditado a un mayor tiempo de funcionamiento del protocolo).

· Se ha iniciado la recogida de datos respecto a incidencia de NVPO durante su estancia en Unidad de Recuperación Anestésica, estando pendiente su análisis una vez exista un mayor tiempo de funcionamiento del protocolo).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Creación de protocolos de estratificación de riesgo de NVPO en cirugía mayor ambulatoria: dada la importancia cada vez mayor que la CMA va a tener en nuestro contexto (siempre si se consigue una adecuada organización de la misma), consideramos oportuno la implementación de un protocolo adaptado para la estratificación de riesgo en pacientes de CMA; para ese fin, se ha propuesto la utilización de la Escala de Apfel adaptada a Cirugía Mayor Ambulatoria, que debería aplicarse de manera individualizada a todo paciente candidato a CMA.
2. Solicitud de nuevos fármacos: existen fármacos cuya eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de las NVPO, especialmente en aquellos casos refractarios al tratamiento inicialmente establecido en los protocolos, que no están disponibles en nuestro Hospital. Uno de los objetivos para mejorar el programa de apoyo es la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

solicitud mediante los informes que se consideren oportunos de dichos fármacos.

3. Registro de datos: uno de los objetivos (iniciales también) futuros es la creación de un registro con el análisis de la problemática real que plantean las NVPO: análisis de población de alto riesgo detectada en la valoración preanestésica, análisis del cumplimiento de los distintos protocolos, análisis de la incidencia de NVPO global, en Unidad de Reanimación Postanestésica y en Planta, incidencia de NVPO tardíos en CMA...Este será, a consideración de los miembros del grupo de mejora, uno de los principales objetivos para el próximo año.

4. Valoración de la importancia de las NVPO: aunque el número de pacientes en edad pediátrica intervenidos en nuestro hospital no es especialmente alto, consideramos que la elaboración de un protocolo al respecto para el adecuado manejo de las NVPO en estos pacientes puede ser muy importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/416 ===== ***

Nº de registro: 0416

Título
PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

Autores:
ALAMILLO SALAS CLARA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, BOTAYA ESTAUN ANA, POLO TOLOSANA MARTA, PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA

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: Efectos secundarios anestésicos y quirúrgicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son un problema de aparición frecuente (entre un 20-30% de todas las intervenciones quirúrgicas) que empeora el bienestar del paciente y su satisfacción además de prolongar la estancia hospitalaria, en algunas ocasiones, ya que aumentan el número global de complicaciones.

Este problema se hace más importante y limitante en el caso de la cirugía mayor ambulatoria ya que dificulta el proceso haciendo necesario el ingreso en la mayoría de las situaciones en que aparecen.

Las repercusiones de las NVPO son muy variadas dando lugar a la aparición de complicaciones postoperatorias tan importantes como la neumonía por broncoaspiración, dehiscencias de suturas, retraso en la ingesta, deshidratación...

Se hace necesaria la creación de unas normas de actuación y protocolos tanto de prevención como de tratamiento basados en la actual evidencia científica sobre los fármacos y medidas existentes para minimizar la aparición de este problema.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la incidencia de aparición de NVPO en las intervenciones realizadas en nuestro centro.
- Disminución del número de ingresos que se generan por este motivo en los pacientes que han sido intervenidos en el circuito de cirugía mayor ambulatoria.
- Creación de un protocolo de profilaxis de NVPO con las medidas para prevenir su aparición adaptadas a las cirugías y su riesgo de aparición.
- Creación de un protocolo de tratamiento de NVPO una vez se han presentado.
- Crear un vademecum con los fármacos a utilizar tras la revisión de la evidencia científica publicada.
- Disminuir el número de complicaciones postoperatorias debidas a la aparición de NVPO.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes durante todo su proceso quirúrgico.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para la profilaxis de las NVPO.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para el tratamiento de las NVPO una vez que aparecen.
- Creación de dos protocolos de actuación, uno para profilaxis y otro para tratamiento, adaptados al tipo de cirugía y sus riesgos de NVPO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo:

- . Elaborar un "check list" en la Unidad de Recuperación Post Anestésica sobre la profilaxis de NVPO realizada previa a la cirugía y en el intraoperatorio.

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

- . Elaborar un sistema de recogida de incidencia de NVPO durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica y una vez el paciente se encuentra en la planta de hospitalización.

- Una vez el protocolo se haya aplicado durante el tiempo suficiente (se considerará al crear el mismo), valoración de la disminución de la aparición de NVPO y sus complicaciones asociadas.
- Creación de un registro de aparición de NVPO y la necesidad o no de ingreso por este motivo en los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria.
- Realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes a los que se haya aplicado el protocolo.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Primera evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/12/2017

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
FERNANDEZ GIL MARTA
VILLARROEL PINO ENRIQUE
ZAMBRANO CAMPOS VANESA
ALCOLEA BERNAD TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La rehabilitación intensificada multimodal quirúrgica constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal con el objetivo de mejorar la recuperación del paciente y disminuir las complicaciones y la mortalidad. La rehabilitación intensificada comienza en el momento del diagnóstico y pretende reconocer las necesidades individuales del paciente para prevenir complicaciones y optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía, siendo imprescindible contar con la estrecha colaboración de todos los especialistas que participan en el proceso, así como del propio paciente y sus familiares. La implementación del protocolo es un proceso complejo que conlleva tiempo y el trabajo coordinado de diferentes especialidades, las actividades realizadas por nuestro grupo de mejora durante los últimos 12 meses incluyen: ? Reunión de presentación de los integrantes del grupo y asignación de tareas. Se elaboró un calendario de actividades. Se asignó un responsable para búsqueda de la bibliografía referente a protocolos y recomendaciones actualizadas del tema. ? Reunión multidisciplinar (Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermería) para reconocer las fortalezas y debilidades en el manejo del paciente sometido a cirugía colorrectal en nuestro hospital. Se valoró la posible adaptación de los protocolos de la Vía RICA del ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como las recomendaciones del grupo GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal). También se tomaron en consideración protocolos de otras sociedades científicas, así como metaanálisis de impacto publicados en revistas especializadas. ? Se realizó entrevistas personalizadas no estructuradas al personal del bloque quirúrgico, con el fin de elaborar cursos formativos adaptados a las necesidades detectadas. Quedó pendiente realizar actividades de este índole para el personal de planta y consultas externas. ? Se realizaron 2 coloquios formativos sobre el proceso de implantación y beneficios del programa de rehabilitación multimodal dirigidos a los servicios de anestesiología y reanimación y cirugía general. Se valoró la necesidad de implementar un programa formativo que incluya además los servicios de enfermería, endocrinología y nutrición entre otros. ? Se elaboró el primer borrador del protocolo de Rehabilitación Intensificada en cirugía colorrectal electiva en el Hospital San Jorge de Huesca. Siendo indispensable su discusión interdisciplinaria para la detección de posibles barreras de implementación. ? Se definieron los criterios de selección de los pacientes susceptibles de beneficiarse del programa. ? Se diseñó una guía preliminar del procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades pertinentes a realizar. ? Se redactaron los documentos de consentimiento informado necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Diseño y puesta en marcha del Protocolo de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca:

- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge: 6 reuniones multidisciplinarias.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa: 1 ronda de entrevistas no estructuradas.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados: 2 coloquios formativos.
- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes:

Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones: Elaboración de una tabla de recogida de datos sobre la situación previa a la implementación del protocolo.

- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria: Pendiente de realizar posterior a la implementación del protocolo.

- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias: Pendiente de realizar las encuestas de satisfacción y sugerencias, una vez implementado el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario dar continuidad al grupo de mejora para lograr alcanzar los objetivos propuestos, ya que se requiere tiempo y dedicación para poner en marcha un protocolo tan complejo. Lecciones aprendidas: Es importante la formación y el cambio de mentalidad hacia el trabajo en grupo por parte del personal sanitario, así como la implicación activa del paciente.

Es necesario diseñar una matriz temporal con todas las actividades e intervenciones que se realizan al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

paciente durante todo el proceso asistencial. Deben quedar registradas todas las actuaciones, también se deben asignar responsables a todas las actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/614 ===== ***

Nº de registro: 0614

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, FERNANDEZ GIL MARTA, GODED BROTO IGNACIO, ZAMBRANO CAMPOS VANESA, ALCOLEA BERNAD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía colorrectal es altamente invasiva y consume gran número de recursos en todo su proceso. Este consumo aumenta cuando se presentan complicaciones.

Los programas de rehabilitación multimodal, surgen a principios de los años noventa como un concepto de cuidados pre, intra y postoperatorios cuyo objetivo es mejorar la recuperación tras la cirugía electiva reduciendo así la estancia hospitalaria. Es una estrategia multidisciplinar para reducir las complicaciones postoperatorias y el estrés quirúrgico responsables de la aparición de disfunción orgánica.

En este sentido, es esencial lograr varios objetivos:

- La intervención debe ser realizada en las mejores condiciones posibles: identificar las comorbilidades inherentes a cada uno de los pacientes mejorando en lo posible su control previo y disminuir el tiempo de ayuno con la administración de soluciones carbohidratadas.
- Se debe optimizar el manejo peri e intraoperatorio: minimizando el dolor, el íleo y la inmovilización con analgesia adecuada, control de fluidos y cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.
- Se debe optimizar rehabilitación postoperatoria: iniciando tolerancia oral precoz y movilización temprana, retirando sondas y drenajes colocados durante la intervención.

Dado que se trata de una actuación multidisciplinar, se hace necesaria la protocolización de todas las actividades en conjunto para conseguir los máximos beneficios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Protocolos de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca y sus recursos.
- Puesta en marcha del programa: circuitos...
- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias.

MÉTODO

- Revisión de las recomendaciones existentes en la actualidad.
- Reuniones multidisciplinarias para consensuar la adaptación de los protocolos propuestos por las sociedades científicas a la situación individual de nuestro hospital.
- Formación de los profesionales implicados en todo el proceso en un programa de rehabilitación multimodal (cirugía general, anestesiología, endocrinología y enfermería)
- Creación de los protocolos
- Difusión, explicación y publicación de los protocolos para facilitar el acceso a todos los profesionales.
- Definición de los criterios de selección de los pacientes candidatos de entrar en el programa.
- Establecer un procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades a realizar en cada caso. El paciente deberá firmar los documentos de consentimiento informado necesarios.
- Creación de una hoja de recogida de datos de los casos que entran en el programa, encuesta de calidad de vida del paciente pre y postoperatoria (cuestionarios estandarizados) y de los procedimientos realizados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Desde la consulta, el paciente recibirá una pauta de suplementos nutricionales y unas recomendaciones de ejercicio físico, según sus capacidades, para optimizar su estado basal.
- Establecimiento de estrategias de analgesia multimodal adaptadas al tipo de cirugía.
- El documento con los datos recogidos quedará archivado por el grupo de rehabilitación intensificada para futuros análisis.

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados.
- Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones..).
- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

La puesta en marcha del proyecto se realizará en varias fases:

- Inicio (2-3 meses): reunión de los representantes de los diferentes servicios, creación del circuito y adaptación de los protocolos.
- Formación, difusión y publicación: estas actividades se realizaran en diferentes ediciones mientras se pone en marcha el programa para no demorar la implementación del mismo.
- Implementación y puesta en marcha del programa: una vez aprobado el mismo por las autoridades hospitalarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1741

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERMOSO CUENCA VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de consentimientos informados de intervenciones más frecuentes en Cirugía Vascular

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de maquetación para subir a Intranet hospitalaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesaria la valoración del Comité de Ética del Hospital previa a la subida de los archivos a ntranet

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1741 ===== ***

Nº de registro: 1741

Título
ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, HERMOSO CUENCA VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, excepto para la intervención quirúrgica de varices mediante safenectomía, no se disponen de Consentimientos Informados que detallen los efectos secundarios de una cirugía, por lo que se usan consentimientos genéricos anotando manualmente las potenciales complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar una información precisa, clara y fácilmente entendible por el paciente que se somete a un acto quirúrgico dentro de la esfera de la cirugía vascular. Así mismo, agiliza el trabajo de los facultativos al poder descargar los Consentimientos Informados desde cualquier ordenador conectado a la intranet hospitalaria, sin tener que añadir complicaciones de manera manuscrita.

MÉTODO
Para cumplir los objetivos se tiene prevista una reunión con el Comité de Historias Clínicas con el fin de valorar, maquetar y codificar los Consentimientos Informados de tratamientos quirúrgicos.

INDICADORES
Se incluirán los Consentimientos Informados en la intranet del Hospital progresivamente por procedimientos de más habitual a menos habitual. Actualmente no hay ninguno descargable a través de internet.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1741

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Implantación durante último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ONDIVIELA PEREZ JORGE
MARQUINA BARCOS ADOLFO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
JIMENO GRILLO CARMEN
BRUN GUINDA DAVID
ARTERO BELLO PILAR
CALLEN SALVATIERRA MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónomas
Se revisaron últimas Guías clínicas de SCACEST y SCASEST de la Sociedad Europea de Cardiología y American Heart Association. Así mismo el libro de texto de Cardiología Braunwald 10 ed (2015) También los Procesos asistenciales de SCA de la Comunidad Autónoma de Andalucía y El Documento del Código Infarto Aragón (diciembre 2016-enero 2017)
2. Discusión y consenso por parte de la Unidad de Cardiología, UCI y la enfermería de la planta (febrero de 2017).
Se realizaron 2 reuniones, con trabajo intermedio de consenso a través de correo electrónico hasta alcanzar consenso con la redacción final de los protocolos. En ellos se recogen los textos pre-redactados y fármacos a administrar en los pacientes con síndrome coronario Agudo agrupados en varias categorías adaptadas a las diferentes circunstancias en que se atienden los pacientes con SCA en el centro.
Debido a la ejecución de y los traslados hospitalarios y diversas circunstancias personales de la persona encargada de seguir con el proyecto el calendario no se ha podido seguir, hubo un parón, reiniciándose el desarrollo del proyecto en octubre de 2017
Dichos textos se envían a Farmacia Hospitalaria para su inclusión como protocolos en el Farmatools, con lo que el tratamiento básico en cada caso se prescribe con un "clic" realizando posteriormente las correcciones necesarias para personalizar el tratamiento adaptándolo a cada paciente.
3. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) SE realiza una reunión presencial con cada Unidad para explicar los protocolos y realizar simulación práctica con el programa Farmatools. Se remite así mismo el documento conjunto del protocolo a cada Unidad en formato digital y puesta en marcha de los mismos. (noviembre 2017).
4. Evaluación de resultados Debido al retraso acumulado se decide diferir el corte para monitorización del uso y la encuesta de satisfacción a abril de 2018 (6 meses tras la puesta en marcha), momento en que se remitirá la memoria definitiva. Durante la implementación se ha decidido realizar así mismo un registro prospectivo de los errores detectados, atribuibles a la protocolización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La totalidad de los miembros del grupo asistieron a las reuniones previstas y participaron activamente en la redacción de los protocolos
Se ha conseguido la unificación de criterios en un protocolo común respecto a las órdenes de tratamiento en los pacientes con diagnóstico SCA, minimizando la variabilidad en la práctica clínica entre las diferentes Unidades y los diferentes profesionales y adaptándola a las últimas recomendaciones basadas en la evidencia. Así mismo se aumenta la seguridad del paciente evitando olvidos y prescripciones inadecuadas, especialmente en fármacos antitrombóticos, oxigenoterapia y nivel de actividad física.
Aunque no se haya realizado la encuesta la impresión recogida es muy favorable por parte de los facultativos que la utilizan debido a la facilidad, rapidez y seguridad con la que se puede realizar la prescripción y debido a la homogeneización de la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es altamente recomendable la protocolización del tratamiento de las patologías más prevalentes para reducir la variabilidad de la práctica, aumentar la seguridad del paciente y facilitar la labor administrativa
Los protocolos, aunque basado en las Guías Clínicas y otras evidencias disponibles, deben adaptarse a cada centro pues difiere el tipo de paciente atendido, o al menos el momento del Proceso en el que se le atiende.
Para no perder el plus de seguridad que aporta la protocolización de las actuaciones en las diferentes patologías (debido a los errores derivados de la digitalización de registros y prescripciones: "corta y pega" indiscriminado, ausencia de revisión y adaptación de los textos a las circunstancias de cada paciente, etc...) debe insistirse en la revisión sistemática de los ítems de los protocolos preformados, adaptándolos a cada paciente y sus circunstancias personales (edad, función renal, alergias, riesgos particulares, comorbilidades, etc...). Por este motivo se ha añadido a los indicadores inicialmente previstos el registro de errores mencionado previamente
Los protocolos deben estar actualizados. En este caso se ha decidido revisión anual para adaptarlo a las nuevas recomendaciones, si procede o en el momento que se requiera si el cambio en las mismas es de suficiente entidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

7. OBSERVACIONES.

8. Observaciones

Como se ha mencionado, debido al retraso del calendario de implementación del proyecto, como se ha explicado más arriba, se decide diferir el corte para monitorización del uso y la encuesta de satisfacción a abril de 2018 (6 meses tras la puesta en marcha), momento en que se remitirá la memoria definitiva. En esta memoria se remitirá así mismo el resultado del registro prospectivo de los errores detectados, atribuibles a la protocolización.

Se ha añadido un facultativo al grupo de mejora, Dra M Pilar Artero Bello, que se incorporó al mismo tras remitir el Proyecto pero que ha trabajado activamente en el mismo.

No se han detallado aquí los diferentes protocolos por considerar que no era el objeto de la memoria. Si se considera necesario o pueden ser útiles como ejemplo para su implementación en otro medio, están a disposición y se remitirán si así se solicita.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1063 ===== ***

Nº de registro: 1063

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Autores:
BERGUA MARTINEZ CLARA, ONDIVIELA PEREZ JORGE, MARQUINA BARCOS ADOLFO, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, JIMENO GRIÑO CARMEN, BRUN GUINDA DAVID, CALLEN SALVATIERRA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento de síndrome coronario agudo en planta de cardiología implica la prescripción de fármacos de varios grupos terapéuticos (antiagregantes, antitrombóticos, antianginosos, estatinas) además de cuidados y procedimientos específicos (reposo, monitorización). La protocolización posibilita la disminución de errores, disminuye el tiempo empleado por los facultativos en esta tarea y contribuye a homogeneizar la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear protocolos para el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del síndrome coronario agudo durante la fase de hospitalización en planta de Cardiología.

MÉTODO
1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónomas
2. Discusión y consenso por parte del servicio de Cardiología, UCI y la enfermería de la planta.
4. Redacción de los protocolos.
1. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) y puesta en marcha de los mismos.
2. Encuesta de Evaluación

INDICADORES
1. Asistencia a las reuniones de discusión y consenso (Cardiólogos, enfermera de referencia, supervisora)
3. Presentación de los protocolos en Enero de 2017 (Responsable)
4. Monitorización de uso de los protocolos: Numero de usos de los protocolos / Numero de pacientes ingresados por SCA, en un corte a Junio de 2017
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales: Urgencias, UCI, Cardiología

DURACIÓN
Noviembre 2016 Revisión de la literatura

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Diciembre 2016 Discusión Cardiología
Enero 2017: Redacción de Protocolos
Febreo 2017: Difusión y puesta en marcha de los protocolos.
Monitorización Junio 2017

OBSERVACIONES

Faltan 3 componentes del grupo por determinar, se confirmará a 18 de Octubre

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE SEF SAUDI MORO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIA FORCEN MARIA TERESA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
GODED BROTO IGNACIO
TALAL EL-BUR ISSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo para la recogida de datos y sobre el uso, necesidad y bases fisiológicas del uso de la terapia VAC. En el figuran dos formularios. El primero consta de cuatro secciones donde se recogen y analizan las condiciones generales del paciente y del defecto: 1. Datos de filiación; 2. Perfil de la herida; 3. Dimensiones de la herida; 4. Prescripción facultativa.

El segundo formulario, también con cuatro secciones, es sobre el control mensual del tratamiento con VAC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de un estudio observacional prospectivo. Estamos a la espera de alcanzar el tamaño muestral definitivo en los próximos meses para proceder a realizar el análisis estadístico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente alcanzar el número necesario de casos para proceder a realizar el correspondiente análisis estadístico.

A lo largo del año, el dispositivo VAC ha cambiado de laboratorio (Smith & Nephew), por lo que hemos sufrido un discreto retraso en la recogida de datos.

El proyecto sigue siendo absolutamente viable.

La valoración del equipo a la espera del análisis estadístico es muy favorable dada la buena evolución clínica de los pacientes, con menor incidencia de herida quirúrgica infectada, menor estancia hospitalaria y mejor manejo domiciliario del paciente.

La evidencia científica disponible, junto a la experiencia inicial de algunos servicios, sugiere que la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM puede ser especialmente útil en Cirugía General, tanto en el tratamiento de heridas subagudas (dehiscencias), como en procesos agudos que precisen de tratamiento mediante cierre diferido (abdomen abierto).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/80 ===== ***

Nº de registro: 0080

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Autores:
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, PEREZ ZAPATA ANA ISABEL, BORAO MUÑOZ ELENA, BAQUE SANZ FERNANDO, GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C.® (V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

PROBLEMA

El sistema de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM es una terapia no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana. En los últimos años, la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM se ha presentado como una nueva alternativa terapéutica, especialmente efectiva en el caso de heridas agudas, subagudas y crónicas de distinta etiología. El dispositivo V.A.C.® THERAPYTM emplea un sistema de presión subatmosférica a partir de un apósito en forma de esponja adaptable a las características individuales de cada herida. El tamaño de los poros de la esponja se encuentra entre 400 y 600 nm., unido a un tubo de drenaje que va a promover su colapso y mantener las condiciones de presión subatmosférica de forma continua o intermitente y uniforme en toda la herida. Últimamente, se ha planteado el uso de terapias, supuestamente "similar", con gases empaquetadas sobre la herida. Respecto a esto, debemos recalcar que los fundamentos científicos de V.A.C.® THERAPYTM se basan en el uso del sistema de tratamiento integrado. Este sistema consta de mecanismos de acción de probada eficacia que actúan tanto a nivel de los tejidos (MACROTENSIÓN) como de las células (MICROTENSIÓN). La Macrotensión es la alteración visible que se produce cuando la presión negativa contrae el apósito de espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM, lo que aproxima los bordes de la herida. Además V.A.C.® THERAPYTM elimina el exudado, reduce el edema y favorece la perfusión. La Microtensión se produce a nivel de las células y provoca su estiramiento debido al contacto de la espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM con el lecho de la herida

RESULTADOS ESPERADOS

El VAC debe ser considerado como una herramienta de apoyo fundamental en el tratamiento quirúrgico de pacientes que presentan heridas complejas, donde han fracasado o fracasarán, la cirugía o los tratamientos conservadores convencionales. Adelantarlos a éstos fracasos, hará realmente rentable (desde el punto de vista coste/beneficio y fundamentalmente para la buena evolución clínica del paciente) la utilización del VAC para el paciente y el Hospital. Con el objetivo principal de un tratamiento óptimo en:

- Heridas agudas.
- Dehiscencia de herida quirúrgica
- Injertos mallados de ubicación difícil.
- Úlceras crónicas profundas.
- Úlceras crónicas superficiales.
- Colgajos con compromiso vascular

MÉTODO

Responsables del equipo: Dr. Saudí y Dra. Abadía quienes coordinarán y supervisarán la recogida de datos y la evolución clínica de todos los pacientes; siendo el facultativo que prescribe el dispositivo el responsable directo del paciente, de su colocación, curas y evolución clínica. Los pacientes tal y como figura en el protocolo serán seguidos en nuestras consultas externas de Cirugía General, hasta la resolución clínica.

INDICADORES

Para ello se han diseñado dos formularios (con cuatro secciones cada uno) que se deben ser completados por los facultativos del Servicio de Cirugía (los ocho miembros) que forman parte de este proyecto de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud:

FORMULARIO 1.- Formulario para la prescripción de la V.A.C.® THERAPYTM. Valoración de las condiciones generales del paciente y del defecto

SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE

SECCIÓN 2.- PERFIL DE LA HERIDA (Si se va a tratar más de una herida será necesario rellenar un formulario adicional por cada una de ellas)

SECCIÓN 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son irregulares, documente la dimensión mayor)

SECCIÓN 4.- PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA

FORMULARIO 2. PARA EL CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO CON LA V.A.C.® THERAPYTM*

SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE

SECCION 2.- DATOS GENERALES

SECCION 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son Irregulares, documente la dimensión mayor)

SECCION 4.- INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO (Indique la causa de la interrupción del tratamiento)

Todos los datos recabados serán incluidos en una base de datos y tratados desde un punto de vista estadístico con el SPSS versión 22.0.0.0

DURACIÓN

Este servicio de Cirugía General y sus facultativos, dispone de todo el equipamiento necesario, para su puesta en marcha. Conocen la técnica y requisitos para la inclusión de pacientes. Por nuestra parte con objeto de poder medir los resultados

Fecha de Inicio: 2 de Noviembre de 2.016

Fecha de Fin: 30 de Junio 2.017

Análisis estadístico, confección y presentación de resultados: 1 Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Se envió de forma detallada todo el protocolo que consta de 53 folios, donde figuran todos los flujo-gramas, esquemas, tablas de inclusión y exclusión de pacientes... Y se detalla de forma muy pormenorizada y exhaustiva el protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPY™; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0101

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE JUAN RAMON GOMEZ SUGRAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUASCH MARCE MONTSERRAT
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
ROLDON GOLET MARTA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica en el Servicio de Cirugía General y Servicio de Urgencias
Comunicación oral en las jornadas científicas del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 61% presentaban más de 9 puntos en la escala de Alvarado, por lo tanto, una alta probabilidad de apendicitis aguda

La PCR fue positiva en el 84 % de los pacientes.

Se registraron un 79 % de apendicitis aguda confirmas por A-P, el resto fueron "blancas".

La sensibilidad de la escala de Alvarado modificada (Escala más PCR) és mayor (0.97 versus 0.88) y su especificidad es menor (0.2 versus 0.47)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La escala diagnóstica de Alvarado modificada (Escala más PCR), puede ser una herramienta muy útil para mejora la eficiencia diagnóstica de la apendicitis aguda.

El uso sistemático en la práctica clínica de esta escala modificada podría disminuir la realización de pruebas de imagen complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda y así, reducir los costes económicos sanitarios que conlleva

7. OBSERVACIONES.

Se ha ampliado la base de datos de forma prospectiva

El primer trimestre del año 2018 realizar la estadística para la obtención de más resultados y conclusiones.

Según los resultados se planteará la realización de un protocolo y la vía clínica el diagnóstico eficiente de apendicitis aguda

*** ===== Resumen del proyecto 2016/101 ===== ***

Nº de registro: 0101

Título
OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Autores:
GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON, GUASCH MARCE MONTSERRAT, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La eficiencia diagnóstica es uno de los parámetros principales que evalúa la calidad de la atención hospitalaria de una institución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0101

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

En cuanto a cirugía se refiere, la apendicitis aguda es, sin duda, la patología urgente más frecuente a la que se enfrenta un Servicio de Cirugía General. Con la intención de disminuir las implicaciones en términos de coste económico y las complicaciones quirúrgicas en pacientes con dudas diagnósticas de apendicitis o en pacientes con apendicitis complicada, se han incorporado diversos estudios de imagen, laboratorio y técnicas laparoscópicas que contribuyen al aumento de la efectividad en el diagnóstico y eventual tratamiento de la apendicitis aguda. La escala de Alvarado es un índice para el diagnóstico de apendicitis aguda que es factible, ya que así se ha demostrado en estudios previos, permitiendo la identificación de pacientes con una posible apendicitis aguda que requieren cirugía urgente. La aplicación de esta escala disminuye consecuentemente el margen de error diagnóstico y por lo tanto sus posibles implicaciones legales y económicas. Los índices diagnósticos también permiten en el grupo de enfermos de mayor edad, donde la exploración física y la clínica suelen ser más inespecíficos, indicar de forma más precisa la necesidad del uso de pruebas de imagen.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo de este proyecto es optimizar el uso de pruebas complementarias para el diagnóstico de una patología, en la que en el momento actual, la exploración física y la clínica siguen siendo prioritarias. Se espera que mediante el uso de la escala Alvarado modificada se consiga disminuir la necesidad de emplear pruebas complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda, sobre todo en el grupo de pacientes de mayor edad, ya que son los que requieren con más frecuencia el uso de pruebas de imagen para una mejor orientación diagnóstica. El segundo objetivo es redactar y aplicar un protocolo y una vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo de validación.

MÉTODO

Realizar un estudio retrospectivo de nuestra práctica diaria, recogiendo datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde Enero del 2014 a Junio del 2016. Se recogerán todos los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, basándonos en los criterios de la escala Alvarado modificada, ya que, se incluye la PCR y el fibrinógeno como reactantes de fase aguda. Evaluar la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica de un índice diagnóstico de apendicitis modificado de la descripción original de Alvarado y correlacionar la eficacia del mencionado índice con los estudios diagnósticos realizados y con los resultados histopatológicos de los pacientes sometidos a cirugía por sospecha de apendicitis aguda.

INDICADORES

El hecho de asumir la eficiencia diagnóstica como un fenómeno medible numéricamente es realmente un reto. Se aplicarán criterios aceptados para la evaluación de la calidad de diagnóstico ante la sospecha de apendicitis en estudios clínicos, que son: tasa de apendicectomía negativa por informe anatomopatológico de 5%; tasa de laparotomía negativa de 10%; tasa de perforación potencial de 35%; tasa de perforación no diagnóstica de 15%; y tasa de apendicitis no diagnosticada de 5%.

DURACIÓN

Se han recogido todos los datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde enero del 2014 a junio del 2016. A partir de octubre de 2016, en función de la base de datos y cálculos estadísticos, se redactará y aplicará un protocolo y vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo, a partir de enero de 2017, de validación de la utilidad de la escala de Alvarado modificada y en consecuencia, la optimización de pruebas complementarias para su diagnóstico; especialmente en la población de mayor edad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1027

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE VANESA ZAMBRANA CAMPOS
· Profesión MIR
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GODED BROTO IGNACIO
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
RUBIO BARLES PEDRO JAIME
CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO
MORROS DIAZ EMILIO
NAVARRO PEREZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones trimestrales para la puesta en común de bibliografía con las últimas recomendaciones en el tratamiento de la pancreatitis aguda. El objetivo final es la elaboración de un protocolo de actuación para el manejo adecuado del paciente ya que requiere la actuación multidisciplinar conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la extensión de la patología y sus distintos grados con líneas terapéuticas diferentes, todavía se está elaborando el protocolo y no se ha puesto en marcha. Creemos que puede tener un impacto positivo en el sistema nacional de salud ya que implicaría ahorro de recursos al disminuir la estancia hospitalaria y disminuir el número de reingresos. Para poder analizarlo se recogerán datos relacionados con los días de estancia hospitalaria y resultados de morbilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, deberemos terminar de realizar el protocolo para empezar a aplicarlo. Ha quedado pendiente su finalización y su puesta en marcha. Creemos que puede ser importante su realización para optimizar el tratamiento del paciente y mejorar datos de morbilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1027 ===== ***

Nº de registro: 1027

Título
MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ZAMBRANA CAMPOS VANESA, CUARTERO CUENCA BERTA, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RUBIO BARLES PEDRO JAIME, CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO, MORROS DIAZ EMILIO, NAVARRO PEREZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por dolor abdominal de intensidad relevante y elevación de enzimas pancreáticas. En España se estima una incidencia aproximada de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1027

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

350 casos por millón de habitantes y año. Actualmente una PA se clasifica como leve (ausencia de complicaciones), moderada (complicaciones locales y/o fallo orgánico de duración menor de 48 h) y grave (fallo orgánico de duración mayor de 48 h) (Criterios de Atlanta revisados). Un 33% de los casos de PA evolucionan hacia formas moderadas o graves y es en ellos donde se concentran las mayores tasas de mortalidad (25-30%) debido primordialmente a fracaso persistente de órganos y/o complicaciones sépticas. Hoy en día, un abordaje avanzado de la PA en todos sus espectros de gravedad exige a menudo la labor coordinada e interdisciplinar de numerosos colectivos de profesionales incluyendo el propio staff de Urgencias, gastroenterólogos, endoscopistas avanzados, cirujanos, anesestesiólogos, intensivistas, radiólogos y expertos en nutrición, así como personal de enfermería especializado. El objetivo de este proyecto es constituir un equipo de especialistas capaces de desarrollar un protocolo que garantice un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente de aquellos casos con factores predictivos de evolución desfavorable.

RESULTADOS ESPERADOS

(1) Potenciar una cultura de pacto y cooperación inter-servicios para un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente en sus formas moderada y grave (2) Consensuar criterios homogéneos de actuación respecto a los procedimientos diagnósticos necesarios para confirmar el diagnóstico, etiología y gravedad, en orden a las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica (GPC); (3) Favorecer que el manejo de la PAMG: médico-intensivo, endoscópico, quirúrgico y nutricional se halle en concordancia con lo establecido en los documentos de consenso y que las actuaciones pertinentes se llevan a cabo de forma precoz y en el momento indicado; (4) Iniciar un registro de casos (base de datos) que permita tabular información que pueda ser implementada con fines de investigación con el consentimiento preceptivo del paciente.

MÉTODO

La elaboración del protocolo se llevará a cabo de acuerdo con un modelo estándar o de referencia asegurando que cumple los criterios de calidad pertinentes tanto en la definición del problema y de la población diana, como en la selección de las personas involucradas en su diseño, la idoneidad de la evidencia, la claridad y precisión del documento, los recursos necesarios para su aplicabilidad, así como su evaluación y medida de impacto. Las fases fundamentales del protocolo que se prevé llevar a cabo se resume en las siguientes acciones: (1) Constitución del equipo; (2) Revisión de la evidencia y grados de recomendación; (3) Elaboración del documento; (4) Revisión crítica del documento por los miembros del Grupo; (5) Intervención de revisores externos con acreditada experiencia en el tema tratado; (6) Validación definitiva del documento y (7) Aplicación y monitorización. Temas que serán objeto de especial interés en el documento serán los siguientes: (1) Definición de términos clave; (2) Procedimientos diagnósticos; (3) Evaluación de la gravedad; (4) Control del dolor abdominal; (5) Medidas de Reanimación; (6) Nutrición; (7) Empleo de antibióticos; (8) Diagnóstico y manejo de las complicaciones locales; (9) Manejo de los pacientes con PA asociada a cálculos biliares; (10). Aspectos relacionados con la Ética Asistencial. Igualmente el Documento hará referencia a la idoneidad en la dotación de personal y equipamiento del Centro necesarios para la atención de estos pacientes y el momento en que un paciente con PA debería ser trasladado a un Centro de referencia para la realización de una técnica o procedimiento no disponible en el hospital de origen.

INDICADORES

- 1) % de casos en quienes los procedimientos diagnósticos fueron llevados a cabo en el tiempo establecido en el protocolo.
- 2) % de casos en quienes se aplicaron scores validados predictivos de gravedad.
- 3) % de casos en quienes se aplicaron las medidas de reanimación y control del dolor de acuerdo a los estándares reflejados en el documento (ERD).
- 4) % de casos en quienes el soporte nutricional se llevó a cabo de acuerdo a los ERD.
- 5) % de casos en quienes los procedimientos terapéuticos (drenajes -necrosectomía) se llevaron a cabo en orden a los ERD.
- 6) % de casos que han sido incluidos en el registro diseñado para este fin.

DURACIÓN

- 1) Constitución del equipo, revisión de la evidencia y redacción del documento: octubre 2016-marzo de 2017; (2) Aplicación, registro y monitorización (abril 2017-diciembre 2017).

OBSERVACIONES

(1) Además de los facultativos mencionados en el apartado (Responsable/colaboradores), consideramos primordial la inclusión de la Dra Arantazu Lander Azcona (Intensivista) si ello es posible (alander@salud.aragon.es). (2) Aparezco como responsable en otro proyecto sobre implementación del Proyecto INFOGASTRUM en los Centros de Salud del sector sanitario de Huesca. En caso de incompatibilidad, pueden retirarme y poner como responsable del INFOGASTRUM a cualquiera de los colaboradores que aparecen en el proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO RODRIGO MARTA
CUARTERO CASIN CRISTINA
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
ALCOLEA BETES BEATRIZ
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Tres reuniones del grupo en el último semestre de 2017.
- Preparación de una presentación que, posteriormente, se ha presentado de manera individualizada a los diferentes servicios quirúrgicos del hospital (Cirugía General, Traumatología, Urología, Dermatología, Ginecología, ORL, Oftalmología y Cirugía Vasculat) para transmitir las inquietudes despertadas en la comisión de seguridad sobre el tema de la prescripción electrónica, así como respecto a la correcta realización del Check List quirúrgico y de la notificación mediante el sistema SINASP.
- Elaboración de la guía de prescripción de perfusiones endovenosas para hospitalización y urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Mejora en la prescripción electrónica
- Aumento de las notificaciones en el sistema Sinasp
- Cumplimentación correcta del Check List quirúrgico

Valor de Indicadores:

- Medición de las intervenciones del servicio de Farmacia
- Evaluación periódica por parte del coordinador del sistema
- Estudio al azar de un número de hojas del Check list valorando si la cumplimentación del mismo es o no correcta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado distintas reuniones para la elaboración de una presentación y difusión de la misma con el objetivo de transmitir que:

- La prescripción electrónica nos favorece a todos los profesionales sanitarios y debemos intentar realizarla de la forma más correcta posible en beneficio de los pacientes.
- Hay que seguir trabajando para disminuir la reticencia de algunos profesionales a la hora de manejar herramientas que mejoran la seguridad de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

Es importante seguir insistiendo en estos tres temas, bien desde la comisión de Seguridad clínica como por otras personas involucradas en estos temas.

7. OBSERVACIONES.

- En enero de 2018 una vez finalizadas las sesiones informativas se recogerán datos de las intervenciones realizadas por farmacia en los tratamientos prescritos tras el inicio del plan de mejora
- Se volverán a realizar para marzo nuevas sesiones con los resultados obtenidos.
- En el segundo semestre del año se realizara nueva evaluación realizando un análisis comparativo de resultados

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO:

Realizar sesiones de formación continuas para enseñar/insistir en el correcto manejo del programa Farmatools.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/469 ===== ***

Nº de registro: 0469

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

Autores:
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, SIESO GRACIA MARIA RUT, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, FRANCO LACASA SUSANA, CUARTERO CASIN CRISTINA, ALCOLEA BETEI BEATRIZ

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: Patología quirúrgica en general
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Servicios Quirúrgicos son especiales, los usuarios que precisan ingreso en los mismos en su mayoría precisan tratamiento quirúrgico presentando una situación de particular vulnerabilidad en mayor o menor escala dependiendo del tipo de intervención y de las características del paciente.

El tratamiento quirúrgico lleva implícito la prescripción al paciente de analgesia, antibioterapia, nutriciones parenterales y el tratamiento habitual del enfermo crónico queda relegado a un segundo plano. No es fácil realizar una prescripción adecuada sobre todo en pacientes pluripatológicos que precisan gran número de medicamentos.

Se hizo un estudio descriptivo sobre las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia en relación a las prescripciones realizadas por los facultativos de servicios quirúrgicos, hallándose los siguientes resultados: 30,4% de intervenciones son respecto a fármacos se prescriben en el texto asociado, un 23% precisó cambio por otro fármaco, un 5% ha requerido ajustes respecto a la dosis entre otros. Que 1/3 de los medicamentos se prescriba en el texto asociado es un grave problema de seguridad clínica, ya que ni puede ser validado por farmacia ni preparado ni dispensado correctamente por lo que en el caso de que ocurriera un evento adverso sería más difícil detectarlo y que actuasen las barreras del sistema para minimizar las consecuencias del mismo.

Por otra parte, en diversas reuniones realizadas por un grupo multidisciplinar (facultativos y personal de enfermería de varias áreas, todos ellos pertenecientes a la Comisión de Seguridad Clínica del Hospital), se han observado otros puntos débiles del proceso de prescripción en el contexto de Servicios quirúrgicos a mejorar, como son:

1. Paso a la mayor brevedad de vía parenteral a enteral en los fármacos en los que sea posible.
2. Administración de diluciones de fármacos consensuada con el resto del hospital.

El objeto de este plan de mejora es intentar facilitar la tarea de la prescripción electrónica mejorando así la seguridad y la calidad de la asistencia en relación a tratamientos médicos administrados a los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar de la cultura de Seguridad del paciente.
2. Realizar estudio descriptivo de las patologías más relevantes y características de los pacientes atendidos en los servicios quirúrgicos.
3. Optimización de la prescripción electrónica.
4. Disminución de prescripción de fármacos en el texto asociado de Dominion.
5. Disminuir la duración de tratamientos intravenosos al mínimo imprescindible en pacientes con tolerancia oral adecuada.
6. Disminución de intervenciones de farmacia realizadas secundarias a error en la prescripción

MÉTODO

1. Mejora de cultura de seguridad del paciente
 - a. Presentación del Plan de Mejora
 - b. Realizando sesiones de:
 - i. Seguridad del paciente en el paciente quirúrgico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

ii. Utilidad de notificación al sistema SINAPS de eventos adversos

iii. Importancia de la prescripción electrónica. Incidiendo en:

- Disminución texto asociado para prescribir
- Pasar en cuanto sea posible el tratamiento a vía oral

2. Realización de estudio descriptivo del tipo de población atendida en los servicios quirúrgicos y su patología más prevalente. Con el fin de buscar grupos de pacientes cuyo tratamiento pudiera ser protocolizado en un futuro

INDICADORES

1. Número de intervenciones de farmacia en relación con prescripción de fármacos incluidos ya en el vademecum del hospital San Jorge en el texto asociado / número de estancias hospitalarias.

2. Desarrollar una alerta que avise la posibilidad de pasar de vía intravenosa a vía oral en dos fármacos cuya biodisponibilidad es equivalente vía oral y vía intravenosa que serán el Levofloxacino 500 mg y el omeprazol 20 mg.

3. Intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción / número de intervenciones realizadas por el servicio de farmacia

DURACIÓN

- Del 17 de octubre al 1 Diciembre: realización de sesiones en los servicios quirúrgicos.
- El 1 diciembre iniciamos primera recogida de datos y análisis de los mismos para valorar nuevas estrategias.
- Enero y febrero: realización de estudio descriptivo del tipo de pacientes y patología más prevalente.
- Marzo y abril: reincidir en sesiones si fuera preciso.
- Junio: presentación memoria de resultados y nuevas propuestas si las hubiese

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0837

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANAGUSTIN SILANO MIGUEL
MARIN PUYALTO DANIEL
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
SANCHO RODRIGO MARTA
MIRASOL CATALAN PATRICIA
FRECHIN PERTUSA RAUL
LOBO ESCOLAR ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizó una sesión entre los miembros del Servicio de Traumatología a comienzos del 2017 para recordar los criterios del protocolo.
-Se contestó a los médicos de atención primaria la necesidad de enviar a nuestra consulta a los pacientes con radiografía cuando veíamos la inexistencia de ésta.
-Se explicó en consulta a los pacientes los motivos por los que un hallux valgus es quirúrgico, dejando fuera la parte estética.

Se ha revisado cada inclusión en la lista de espera quirúrgica por parte del servicio de Traumatología, con los siguientes parámetros:

-Más de seis meses de tratamiento conservador.
-Ángulos con criterio quirúrgico indiscutible (HV>15° e IM>9°).
-Patología concomitante (metatarsalgia asociada, dedos en garra asociados, dedos en martillo asociados)
Si cumplían los tres criterios, se consideraba una indicación de acuerdo al programa, si no los cumplía, no.

El periodo analizado es Septiembre 2016-Septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Mantenimiento de la lista de espera (45 al final del proyecto anterior) por 41 al final de éste.
-Disminución de entradas totales en lista de espera: 87 en el proyecto anterior por 75 este año.
-Casos fuera del protocolo: 26% al inicio del proyecto, por 13% este año.
-Aumento de pacientes que acuden con radiografía a la consulta de traumatología: 5% al inicio del periodo de evaluación por 40% al final.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Con dos años de dos proyectos de calidad hemos conseguido bajar la lista de espera quirúrgica en un 38%, disminuir el número de entradas totales un 26%, disminuir el número de entradas fuera del protocolo en un 36%.
-Todos estos datos son muy positivos, si bien no hemos cumplido el objetivo de llegar a sólo el 10% de inclusiones fuera de protocolo (13%), creemos que la tendencia claramente a la baja es muy esperanzadora. Así mismo, no hay que olvidar lo que cuesta implantar nuevos protocolos en el ámbito diario de trabajo tras muchos años con otros métodos.
-Hemos conseguido que casi la mitad (40%) de los pacientes acudan a la consulta con una radiografía, disminuyendo visitas de consulta innecesarias y acelerando el proceso de soluciones para el paciente. Creemos que el dato es positivo, puesto que antes, prácticamente todos los pacientes acudían sin estudio radiológico, pero no suficiente, pues deberíamos conseguir aumentar por encima del 75% este dato. Lo dejamos marcado, como objetivo a conseguir para siguientes años.
-Estamos seguros de que al año siguiente podremos alcanzar mejores resultados aún.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/837 ===== ***

Nº de registro: 0837

Título
MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

Autores:
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, RODRIGUEZ CHACON LUIS, MIRASOL CATALAN PATRICIA, BARREU ESCAR REYES, FRECHIN PERTUSA RAUL, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA, LOBO ESCOLAR ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0837

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología del hallux valgus es una patología muy frecuente, llegando a ser de 35% en mayores de 65 años. Actualmente, existe gran variabilidad en la indicación de propuesta quirúrgica para esta patología, dada la gran presión asistencial existente, derivando en un aumento de la lista de espera, aumento de expectativas para los pacientes y aumento de indicaciones no justificadas. Para ello, proponemos actualizar la intervención que iniciamos en el proyecto del año 2015, para disminuir lo más posible los pacientes que no cumplan los criterios del protocolo. Siguiendo actuando en la parte hospitalaria pero añadiendo una actuación enfocada a la consulta de primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

-90% de los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica, cumplan los siguientes requisitos: dolor severo que altere la marcha, más de seis meses de tratamiento conservador, ángulo HV>15° o IM>9° o presencia de patología asociada (dedos en garra, neurinoma de Morton, metatarsalgia).
-Disminuir la entrada en lista de espera quirúrgica.
-Disminuir el número de pacientes en consultas de Traumatología, sin una radiografía como método inicial de valoración de la patología.

MÉTODO

-Sesión en el servicio de COT explicando el protocolo.
-Contestación escrita a los médicos de familia explicando el protocolo, pues son parte fundamental en la derivación a nuestras consultas de esta patología.
-Educación a los pacientes en la consulta, de la no indicación quirúrgica por motivos estéticos.

INDICADORES

-Número de entradas en lista, de acorde al protocolo y no.
-Número de pacientes no adecuados al protocolo y causas.
-Número de pacientes que llegan a las consultas sin una radiografía de pie para evaluar el problema desde la consulta de primaria.
-Lista de espera al inicio del protocolo y al final: comparación.

DURACIÓN

-Junio 2016-Febrero 2017: Monitorización de las inclusiones, elaboración de contestaciones a los médicos de familia, sesión explicativa en el servicio de Traumatología.
-Marzo 2017-Junio 2017: Evaluación de resultados, discusión entre los participantes, detección de puntos de mejora.

OBSERVACIONES

Se trata de la continuación de un proyecto comenzado el año pasado, con resultados positivos pero mejorables, dado que un 25% de los pacientes se nos escapaban del protocolo. Este año queremos disminuir este porcentaje a menos del 10%, así como un parámetro a tener en cuenta en el proceso es la cantidad de pacientes que acuden desde su centro de salud sin una radiografía que evalúe el estado del pie y seguir disminuyendo la lista de espera. Todos esos parámetros pensamos que pueden redundar en una mejora de la atención, globalizada y en una mejora de los recursos, entre ellos menos citas a los pacientes por no tener una radiografía realizada, sin tratamiento.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0014

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ELENA DEL PRADO SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUQUE MAVILLA SILVIA
GARCIA MAGALLON BLANCA
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
ROSELLO PARDO ROSA
GILABERTE CALZADA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
: Se diseñó un algoritmo de desintensificación para dos ANTI-TNF(Adalimumab y Etanercept). Utilizamos escalas o indicadores de evolución de la enfermedad empleadas en Dermatología y Reumatología: PASI, DLQI, DL20 entre otros. Iniciamos la DESINTENSIFICACIÓN DEL 50% DE LA DOSIS DE CADA FARMACO en pacientes que hayan conseguido una respuesta de PASI > ó = 90 Y respuesta DLQI < ó =1 en tratamiento con anti tnf (adalimumab: el 50% de la posología sería bajar 1 semana porque se pinchan cada 2 semanas, es decir cada 3 semanas y etanercept: el 50% de la posología serían 3 días porque se pinchan cada semana) llegar a esa respuesta y mantenerla durante un mínimo de 3 meses consecutivos, independientemente del tiempo que hayan tardado en conseguirla, se seguirá con la desintensificación del fármaco cada 3 meses y siempre que mantengan una respuesta óptima, hasta un máximo de 3 desintensificaciones. El algoritmo sería: Adalimumab (1ª desintensificación: 1 vial /3 semanas. 2ª desintensificación: 1 vial/4 semanas. 3ª desintensificación: 1 vial/ +4 semanas. Etanercept(1ª desintensificación : un vial /10 días. 2ª desintensificación: 1 vial/2 semanas. 3ª desintensificación: 1 vial/3 semanas)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluyeron 23 pacientes de Dermatología y 8 pacientes de Reumatología, un total de 31 pacientes. 20 en tratamiento con adalimumab y 11 en tratamiento con etanercept. Los pacientes tratados con adalimumab, han conseguido mayor número de desintensificaciones y han mantenido la respuesta óptima durante periodos más largos de tiempos que los pacientes con etanercept en el psoriasis cutáneo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
1-Una vez que los fármacos ANTITNF han conseguido estabilizar la enfermedad(proceso autoinmune), en los pacientes seleccionados, no ha sido necesario seguirles tratando a las dosis establecidas por ficha técnica, sino que a dosis reducidas en un 50%, 75% e incluso 100% de la posología establecida por la ficha técnica seguían libres de enfermedad
2-El ahorro por paciente ha sido como mínimo el 50% del gasto farmacológico mensual por paciente.
LECCIONES APRENDIDAS:
1-Podría existir una diferencia de acción entre ambos fármacos, en cuanto a regular el sistema inmunitario de los pacientes a largo plazo, más evidente en los pacientes afectos de Psoriasis cutáneo.
2-Los facultativos especialistas hemos sido gestores-responsables, no sólo de la enfermedad de los pacientes, también del gasto farmacéutico y sanitario, dato importante para ser tenido en cuenta por las gerencias hospitalarias y las comisiones de farmacia, en la toma de decisiones y elaboración de protocolos a la hora de protocolizar uso de fármacos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/14 ===== ***

Nº de registro: 0014

Título
OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO

Autores:
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, DUQUE MAVILLA SILVIA, GARCIA MAGALLON BLANCA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, ROSELLO PARDO ROSA, GILABERTE CALZADA YOLANDA, GARCIA MALINIS ANA JULIA, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0014

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEO Y/O ARTROPÁTICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: artropatía psoriásica
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado el importante número de pacientes con Psoriasis cutáneo y/o artropático, que se benefician de los tratamientos con fármacos biológicos que controlan y mantienen al paciente sin enfermedad, muchos de ellos durante más de 9 meses. Se iniciaron pautas posológicas alargadas en el tiempo (desintensificando dosis) y el paciente se sigue manteniendo sin enfermedad. Esto supone un beneficio tanto para el paciente que recibe menos dosis de medicación y sigue libre de enfermedad, como para el sistema de salud pues supone un importante ahorro en el gasto farmacéutico

RESULTADOS ESPERADOS

1-Protocolizar la pautas de desintensificación de los fármacos biológicos, cuando cumplan criterios médico dermatológicos y reumatológicos de evolución
2- disminuir la cantidad de medicamento suministrados a los pacientes una vez se encuentren libres de enfermedad y cumplan los criterios previos establecidos
3- colaboración conjunta por parte de los servicios de dermatología reumatología y farmacia en el manejo de éstos pacientes
4- disminuir el gasto farmacéutico hospitalario

MÉTODO

-Establecer un protocolo médico para cuando comenzar a desintensificar la medicación a los pacientes. Manejo de escalas dermatológicas: PASI, DLQI, y escalas reumatológicas. Cada servicio correspondiente diseñará el suyo y lo aplicará individualmente a sus pacientes y en conjunto derma-reuma cuando el paciente esté afecto de los dos sistemas y lleve el mismo biológico.
-diseñar tablas de excel por parte del servicio de Farmacia, para cada biológico desintensificado y calcular el ahorro anual con la nueva posología

INDICADORES

-escalas PASI Y DLQI para dermatología, controles cada 3, 6 y 9 meses de la desintensificación inicial
-escalas de reumatología para control a los 3, 6 y 9 meses de la desintensificación o espaciación de dosis
-escalas de farmacología para conocer el ahorro o disminución de gastos en los pacientes desintensificados

DURACIÓN

inicio Octubre 2016,
primeros controles enero 2017
segundos controles abril 2017
tercer control julio 2017
Finalización del proyecto octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
GOMEZ GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración. Actualmente se está realizando la implementación inicial a la cirugía de Mohs. Dado que es una técnica que requiere una colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Dermatología y dada la complejidad del mismo y del requerimiento de personal técnico y de mayor capacidad quirúrgica, se está realizando en casos de melanoma, carcinoma epidermoide y carcinoma Meckel, marcaje de los tumores para posterior estudio anatomopatológico y control de sus bordes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Minimizar la recidiva del tumor cutáneo
Incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo
Tasa de recidiva: actualmente de los tumores marcados intraoperatoriamente, sólo se ha producido una recidiva en un carcinoma de Merckel que presentaba afectación de planos profundos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de los bordes del cancer de piel sobretodo en el caso de melanoma y carcinoma epidermoide, es primordial para el control de las recidivas posteriores. Aunque actualmente estemos realizando una implementación inicial con marcaje intraoperatorio y posterior estudio en parafina del tumor, nos permite conocer mejor el alcance de nuestra cirugía, así como valorar las tasas de recidivas. A pesar de las dificultades para poder realizar esta cirugía tanto por la necesidad de personal del Servicio de Anatomía Patológica y nuestra situación en Dermatología en este año, estando al 50% del personal, hemos aprendido y nos es satisfactorio, haber podido controlar el tumor y evitar recidivas dentro de nuestro proceso inicial de implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/103 ===== ***

Nº de registro: 0103

Título
PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, DEL VALLE SANCHEZ ELENA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, GILABERTE CALZADA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer cutáneo es un problema de salud mundial, ya que es la neoplasia maligna más frecuente, con una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

incidencia que aumenta anualmente entre 3-8%. La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración.

Según el Registro de Cirugía de Mohs de la Academia Española de Dermatología (AEDV), puesto en marcha en 2013 (<http://aedv.es/investigacion/proyectos-de-investigacion/registro-nacional-de-cirugia-micrografica-de-mohs/>) un buen número de hospitales, tanto públicos como privados de nuestro país, realiza este tipo de cirugía de forma rutinaria. Aragón es una de las pocas Comunidades Autónomas que no dispone de ningún centro sanitario público o privado en el que ésta se lleve a cabo. Esto tiene dos consecuencias:

1. Los pacientes con indicación precisa de este tipo de cirugía han de ser derivados a otras comunidades para su intervención. Ello ocasiona alteraciones personales y sociales a los pacientes y sus familias, complejidad logístico-administrativa para el Servicio Aragonés de Salud y un gasto económico derivado de lo anterior para la institución.

2. Pacientes con indicación de cirugía de Mohs no reciben este tratamiento por las dificultades que supone su derivación a centros fuera de la Comunidad, con el riesgo de un mayor índice de persistencias y recurrencias tumorales y las complicaciones que de esto se derivan. Además, las persistencias y recurrencias se detectan más tardíamente, lo que puede condicionar una actitud terapéutica más agresiva o una pérdida de oportunidad potencialmente evitable.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: creación de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Dermatología, para la realización de la Cirugía Micrográfica de Mohs, con el fin de incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo.

Objetivos secundarios:

- Minimizar la posibilidad de persistencia tumoral que condicionaría la recidiva del tumor.
- Preservar el mayor tejido sano peritumoral posible, de especial importancia en tumores faciales.
- Disminuir el impacto psicosocial y el gasto sanitario que de una derivación a un centro sanitario fuera de la Comunidad Autónoma.

MÉTODO

Criterios de inclusión:

- Personas con cáncer cutáneo que cumpla las indicaciones de cirugía de Mohs
- Firmar el consentimiento informado por escrito

Criterios de exclusión:

- Rechazo de la cirugía por parte del paciente
- Presentar patologías que puedan contraindicar una intervención quirúrgica.

MÉTODO

Las indicaciones principales para la cirugía de Mohs son los carcinomas basocelulares y espinocelulares; aunque, actualmente, las indicaciones para la realización de este tipo de cirugía se encuentran en aumento, teniendo que individualizar cada caso en función de las características del paciente y el tumor.

El paciente que presente un cáncer cutáneo, que cumpla indicaciones para el tratamiento con cirugía de Mohs, será incluido dentro de la lista de espera quirúrgica para cirugía de Mohs. Previo a la realización del proceso quirúrgico, en aquellos casos en los que el protocolo lo indique, se realizará una prueba de imagen complementaria para delimitar las dimensiones del tumor y permitir un mejor abordaje quirúrgico.

Una vez que el paciente se encuentra en la intervención quirúrgica, se realizarán todos los pases quirúrgicos necesarios, hasta que no se observe persistencia histológica tumoral, mediante el estudio anatomopatológico. Posteriormente, se procederá al cierre del defecto mediante cierre directo o reconstrucción mediante colgajo o injerto cutáneo, según precise.

Para la realización de éste proceso, la Unidad de Dermatología y el Servicio de Anatomía Patológica, se encuentran dotados de la infraestructura humana y técnica necesaria para llevar a cabo dicha cirugía. Además, requerirá de la presencia de dos dermatólogos para realizar la intervención, y de un técnico de anatomía patológica y un patólogo para el procesamiento y diagnóstico anatomopatológico de la muestra.

INDICADORES

Se han realizado reuniones con los diferentes facultativos que componen el proyecto con el fin de unificar criterios de inclusión, exclusión y derivación.

Se espera obtener:

Mejora en las tasas de curación medida mediante el porcentaje de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento tras una cirugía de Mohs comparado con el número los mismos tipos histológicos de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento antes de instaurarse la cirugía de Mohs.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto octubre de 2016 y como mínimo una año de duración del mismo. Se realizará, en un inicio, una sesión mensual, que se modificará en función de las necesidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

OLIVAN GUERRI LORENZO

LAMBAN AISA ANA

BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de protocolos, de acuerdo con los Servicios de Microbiología y Medicina Preventiva, para valorar estados de inmunización.
2. Coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva para evaluar de forma individualizada la necesidad de vacunaciones, así como el protocolo de entrega de las mismas (o, en su defecto, de las recetas necesarias para su obtención).
3. Elaboración de protocolos, de acuerdo con los Servicios de Microbiología y de Extracciones, para valorar la presencia de Tuberculosis activa o latente mediante la utilización de Mantoux (con o sin Booster) y Quantiferon.
4. Remisión de pacientes a realización de las pruebas necesarias para comprobar estado inmunitario y descartar TBC activa o latente, todo ello de forma individualizada según su patología, antecedentes y tratamientos activos o futuros.
5. Comprobación rutinaria de los Checklist de valoración del estado inmunitario durante las visitas en la consulta monográfica para prevención de infecciones oportunistas.
6. Elaboración por parte de la Dra. Ber de hojas de información acerca de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado. Actualmente estas hojas se encuentran accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG),
 - a. HOJAS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN:
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf
 - b. HOJAS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA:
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/10_infogastrum_colitis_ulcerosa_web.pdf
7. Entrega y explicación durante las visitas de dichas hojas informativas.
8. Mejora en el circuito de derivación, tanto de pacientes de nuevo diagnóstico, como de otros que así lo precisen, desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).
9. Atención continuada de las formas de contacto rápido de los pacientes con los responsables de la CME y de la Unidad de EII.
10. Colaboración con alumnos de la Facultad de Nutrición para la valoración de parámetros nutricionales, incluyendo los obtenidos por báscula de bioimpedancia, así como para asesoramiento nutricional de aquellos pacientes que lo precisen.
11. Gestión de la citación de peticiones derivadas de las consultas médicas y de citas solicitadas por el propio paciente a través de los medios de contacto.
12. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante apoyo en el reclutamiento, el seguimiento, las extracciones sanguíneas y el procesamiento de muestras.
13. Introducción de nuevos casos y actualización de los ya incluidos en el registro nacional de pacientes (Base de Datos ENEIDA).
14. Reuniones entre facultativos médicos y quirúrgicos encargados de la atención de pacientes con EII y enfermeros de la CME para adecuar el seguimiento de los protocolos establecidos, resolver dudas, unificar criterios y valorar nuevas necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME: Realizado el protocolo y remitidos para su seguimiento todos los pacientes de nuevo diagnóstico y aquellos con dudas sobre su inmunización previa. Actualmente la administración de vacunas se realiza de forma centralizada para todo nuestro centro hospitalario a través del Sº de Medicina Preventiva.
- Elaboración de protocolos para valorar presencia de TBC activa o latente: Realizado el protocolo y remitidos para su seguimiento todos los pacientes de nuevo diagnóstico.
- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización: Realizado. La mayor parte de los pacientes en seguimiento en una de las consultas médicas de EII han sido valorados y realizadas recomendaciones individualizadas a través de la CME en colaboración con estudiantes de la Facultad de Nutrición.
- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas: Realizadas las hojas informativas. Accesibles on-line y entregadas durante la primera visita en la CME.
- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades: Realizadas dos reuniones regladas anuales además de contacto permanente en caso de necesidades puntuales.
- Pacientes valorados en la CME: Durante los años 2016 y 2017 se han realizado un total de 1077 visitas y consultas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- * Vistas presenciales: 632, de las cuales 177 han sido primeras visitas y 455 consultas sucesivas.
- * Consultas telefónicas: 205.
- * Consultas vía correo electrónico: 240.
- * Resolución sin necesidad de modificar la visita médica aproximadamente del 85% de las consultas.
- Pacientes con checklist de inmunización: Todos los pacientes con nuevo diagnóstico de EII durante 2016 y 2017 han sido valorados y se les ha abierto el checklist en la CME, el cual es completado de forma progresiva durante su seguimiento.
- Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME: Menor a 10 días.
- Participación en investigación. - Estudio de incidencia en EII: Registro de datos, extracción analítica y procesamiento de muestras.
- Estudio Legacy: Registro de datos.
- Eneida: Registro de datos.
- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización. - Pendiente de realización.
- Creación de página web propia. - Pendiente de realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- ? El seguimiento de los protocolos creados para conocer el estado inmunitario del paciente y la presencia de enfermedades latentes, así como la continua utilización de los checklist de comprobación, permiten mejorar la seguridad en la utilización de fármacos con potenciales efectos adversos graves.
- ? A través de las hojas de información creadas y entregadas, así como mediante la posibilidad de acceder a páginas webs con contenido verificado, es posible mejorar la autonomía del paciente ayudando a corto y medio plazo en la capacidad para entender los tratamientos a los que se les va a someter así como para formar parte activa en la elección de los mismos.
- ? La labor de la CME permite aumentar la disponibilidad del equipo encargado de la salud de los pacientes con EII (médicos y enfermeros) así como su atención precoz y la resolución temprana de problemas relacionados con su enfermedad o con los fármacos utilizados. Igualmente la colaboración en estudios de investigación mejora la posibilidad de participación de toda la Unidad en ellos.
- ? En este momento quedaría pendiente completar la incorporación de cuestionarios psicosociales y de calidad de vida relacionados con la salud que permitirían valorar de forma más objetiva estos aspectos en los pacientes, relacionándolo con los tratamientos y la actuación por parte de la Consulta Monográfica. Igualmente la elaboración de una página web propia podría mejorar el conocimiento tanto acerca de la Unidad de EII como de su propia enfermedad, si bien esto queda actualmente corregido de forma parcial mediante la utilización de páginas web de las asociaciones y grupos de trabajo en EII de las que los miembros de la Unidad forman parte (AEG y GETECCU).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/118 ===== ***

Nº de registro: 0118

Título
IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores:
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una entidad que a menudo requiere tratamientos costosos con potenciales efectos adversos graves. Su abordaje multidisciplinar ha promovido la creación de Unidades específicas de manejo integral. De acuerdo con distintos Consensos sobre las Unidades de EII, la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

monográfica de enfermería (CME) resulta esencial para optimizar la asistencia, mejorar la autonomía de pacientes, supervisar tratamientos, prevenir complicaciones y facilitar un acceso rápido a los pacientes. Durante el segundo semestre de 2015 y el 2016 se ha desarrollado el proyecto "CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL". La CME comenzó de forma parcial a finales de 2015 y de forma reglada en 2016. Actualmente hay adscritos dos enfermeros, específicamente formados, que cuentan con dos jornadas para atención directa al paciente y con 2 horas el resto de jornadas dedicadas a actividades relacionadas y a resolución telemática de consultas. Hasta Junio de 2016 se han atendido unas 500 visitas y 100 consultas telemáticas. De éstas se resolvieron sin visita médica un 92%, se adelantaron consultas médicas en un 5% y se ingresaron 3 pacientes sin acudir a Urgencias. Complementariamente han participado en estudios y en la actualización de casos en un registro nacional. Así, actualmente la CME está ofreciendo diversos servicios que progresivamente deben ir aumentando para mejorar su calidad de atención. Entre estas competencias a implementar podría destacarse la valoración continua de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y del estado nutricional, la prevención de infecciones y aumentar la información proporcionada a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Mejorar la valoración de la CVRS y el abordaje psicosocial.
- 2- Lograr la logística necesaria para una adecuada evaluación nutricional mediante parámetros nutricionales y antropométricos.
- 3- Aumentar la información proporcionada a pacientes en situaciones especiales o que vayan a recibir tratamiento.
- 4- Asegurar una correcta profilaxis de enfermedades infecciosas en individuos a riesgo mediante protocolos multidisciplinares.
- 5- Aumentar la información online propia sobre la EII y sobre la Unidad.
- 6- Coordinar y facilitar la relación con otras unidades (Hospital de día, Farmacia, Granulocitoaféresis, etc).

MÉTODO

- 1- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización.
- 2- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización.
- 3- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas individualizadas para pacientes en situaciones concretas (mujeres en edad fértil, ancianos, etc) y acerca de cuidados y precauciones para pacientes en tratamiento (Inmunomoduladores, biológicos, etc).
- 4- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME.
- 5- Creación de página web en la que incluir tanto información de la Unidad y su personal, como información útil para pacientes.
- 6- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades.

INDICADORES

- 1- Porcentaje de pacientes con test de CVRS y psicosocial realizados en un año.
- 2- Porcentaje de pacientes con evaluación nutricional realizada en un año.
- 3- Pacientes que han seguido el protocolo consensuado de profilaxis de infecciones y vacunas administradas en la CME.
- 4- Creación de página web, número de visitas y cantidad de descargas de documentos.
- 5- Se mantendrá la evaluación de ítems del proyecto previo:
 - a. Pacientes controlados anualmente.
 - b. Pacientes con check-list de inmunización.
 - c. Pacientes o familiares que han precisado contacto telefónico u online en un año.
 - d. Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME.

DURACIÓN

- Segundo semestre de 2016:
 - Elaboración de los cuestionarios de CVRS y psicosociales, o elección de cuestionarios validados.
 - Elección de parámetros analíticos y antropométricos y establecer la logística de realización.
 - Creación de hojas informativas.
 - Elaboración del protocolo multidisciplinar de profilaxis de enfermedades infecciosas y lograr la logística necesaria para administrar vacunas.
 - Reuniones periódicas de la Unidad.
- 2017:
 - Implementación de los cuestionarios, el control nutricional y el protocolo de profilaxis infecciosa en la práctica habitual de la CME.
 - Creación de la página web.
 - Reuniones periódicas de la Unidad y actualizar necesidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE YOLANDA BER NIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL MONTERDE VANESA
TORRALBA MARISA
EIZMENDI BINDER ANA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BELLOC BARBASTRO BLANCA
CORTES GARCIA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Revisión diaria/semanal de los volantes de derivación a las CCEE de Digestivo desde el inicio del proyecto
2- Clasificación de los volantes de derivación en cita presencial preferente o normal, o derivación de nuevo a su MAP/especialista con recomendaciones basadas en la guías clínicas.
3- Estadística (los datos presentados son tras 6 meses de puesta en marcha este proyecto): número total de volantes de derivación y origen de los mismos, % remitidos como preferentes, % preferentes valorados por especialista, % pacientes citados online, % pacientes citados en consultas y tiempo (días) de demora para una primera visita preferente o normal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

Reducción de tiempo de demora a una lera consulta a Digestivo (tiempo para lograr este objetivo: 6 meses-1 año)

Valor de Indicadores

A los 3 meses de iniciar el proyecto se experimentó una reducción de 45 días. A los 6 meses el tiempo de demora para una primera consulta preferente o normal de 15 días.

Objetivos esperados:

Calcular número de derivaciones en 6 meses
% preferentes derivadas
% preferentes tras revisión directa del FEA
% de consultas NO presenciales

Valor de Indicadores

748 volantes (>100 /mes)
37% preferentes
12% preferentes por el especialista
40% consultas no presenciales (indicaciones a su MAP o especialista que ha derivado según las guías de práctica clínica)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones: La gestión directa ha permitido una adecuación rápida y eficaz de la lista de espera con priorización de patologías preferentes y optimización de los tiempos de demora

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO

1.- Realizar encuesta de satisfacción a los médicos de atención primaria sobre este método para la citación en las CCEE de Digestivo
2.- Revisar la historia clínica de los pacientes que se han derivado a su MAP sin cita presencial en nuestras consultas y ver las actuaciones que se han realizado y resultados (pruebas, citaciones, ingresos, fallecimientos, etc...)
3.- Realizar nuevo análisis estadístico para comparar con los datos que disponemos de los primeros 6 meses de instauración del proyecto (valorar si los datos mejoran /se mantienen /empeora). En el caso de empeoramiento de objetivos valorar las causas de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/205 ===== ***

Nº de registro: 0205

Título
ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Autores:
BER NIETO YOLANDA, BERNAL MONTERDE VANESA, TORRALBA CAMPOS MARIA LUISA, EIZMENDI BINDER ANA MARIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CORTES GARCIA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las causas implicadas en la generación de las listas de espera son múltiples y no siempre dependen de factores que se puedan controlar en los servicios de atención especializada. Una inadecuada lista de espera genera una peor atención al paciente y un deterioro en la coordinación asistencial. Actualmente nuestro servicio presenta una prolongada demora con un claro impacto negativo en la calidad de la atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la nueva adecuación de la lista de espera con priorización directa de nuestro servicio, se pretende modificar la dinámica clásica de citaciones de las agendas de Digestivo del Hospital San Jorge de Huesca con el objetivo de evaluar a los pacientes preferentes con una demora máxima de 15 días y el resto de pacientes con una demora menor a 30 días

MÉTODO
Se elimina la posibilidad de cita directa en nuestras agendas desde atención primaria y urgencias. Semanalmente se evalúan todos los volantes de derivación, con la información recibida y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica) se decide si: a) enviar un informe con recomendaciones basadas en guías de práctica clínica a seguir por el médico de atención primaria, sin necesidad de evaluación presencial del enfermo (se realiza informe en una agenda especial creada para este motivo - visita online-) o b) si el enfermo precisa cita presencial preferente (< 15 días) o normal (< 30 días). De forma paralela se adapta la oferta de nuestras agendas de primera visita según la priorización que se ha realizado.

Además se facilita un correo electrónico de contacto para cualquier duda o sugerencia relativo a los pacientes, citaciones o seguimiento de guías clínicas.

El paciente recibirá una carta informando que debe acudir nuevamente a su centro de salud, que también habrá recibido una carta con las recomendaciones para su caso.

INDICADORES
Mensualmente se realizará las siguientes evaluaciones

- Número total de volantes de derivación, así como origen de los mismos
- % de pacientes remitidos como preferentes
- % de pacientes preferentes tras evaluación por especialista
- % de pacientes de consulta online
- Número total y % de pacientes citados en consulta
- Tiempo (días) de demora para una primera consulta (preferente/normal)

DURACIÓN
Este nuevo sistema de citación se ha iniciado en Febrero de 2016 y pretende ser el método de citación en nuestras consultas. Se ha creado una agenda específica para las visitas online /informes a médico de atención primaria. En el plazo de aproximadamente 6 meses-1 año calculamos alcanzar la meta de una demora inferior a 15 días para la consulta preferente y menor de 30 días para la normal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL MONTORO HUGUET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GARCIA ANGEL
ARA LAUNA DOMINGO
BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA
BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
CAJAL MARZAL ADOLFO
CAJARAVILLE ASO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consecución del programa dependía en gran medida de la producción editorial de una empresa que clausuró sus actividades mercantiles en el curso de 2017 (fallecimiento de su director). Todo ello ha retrasado considerablemente la consecución del proyecto. Actualmente el programa AEGastrum-SEMFYC ha sido trasladado a otra empresa (International Marketing & Communication) y se ha llegado a un acuerdo con el Vicerrectorado de la Universidad a distancia de Madrid (UDIMA) para que este programa sea acreditado como un Título Propio de Experto en "Protocolos de actuación conjunta entre gastroenterólogos y médicos de familia". El objetivo es iniciar el alojamiento de contenidos del programa a partir del 15 de noviembre de 2018. Me hubiese gustado adjuntar dos ejemplos de monográficos que ya han sido maquetados, pero el sistema no lo permite. No obstante, los he enviado al correo electrónico de la Unidad de Calidad del Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores referidos en el proyecto de mejora de la calidad 592, incluían, entre otros, disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas y contribuir a acortar la lista de espera de 1^{as} visitas. Este objetivo pensamos que se ha conseguido (consultar cuadro de mandos de la Unidad de Aparato Digestivo de los ejercicios 2015-2107), gracias a la interconsulta virtual que permite revisar una a una todas las derivaciones a través de la propia historia clínica electrónica. Sin embargo, el objetivo primordial y de fondo del programa, que es mejorar la gestión conjunta que MF y gastroenterólogos hacen de las patologías digestivas más prevalentes, está por alcanzar. Establecer indicadores que obligan a hacer un análisis del antes y después de un determinado modo de proceder, comporta un tiempo y dedicación que hoy en día es difícil de obtener. Un hándicap importante ha sido inestabilidad de las plantillas de facultativos que hacen muy difícil mantener un compromiso a medio y largo plazo de estos programas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No pueden establecerse conclusiones definitivas, porque el programa ha experimentado una demora por las circunstancias mencionadas. En cualquier caso, la AEG y La SEMFYC han llegado a acuerdos y todos los médicos de familia van a ser invitados a participar a través de los cauces de comunicación habitual de la SEMFYC y también a través de la escuela de patología digestiva virtual de la AEG (www.spsdiv.net) donde se anuncia el programa (<http://spadiv.net/aegastrum-semfyc>). /Confiamos plenamente que la conversión del programa en un título de posgrado Universitario haga del mismo un desafío, digno de la confianza de los colegas a quienes va dirigido. Su implementación local mediante videoclases alojadas en una URL específica sigue siendo un objetivo a corto plazo de nuestra Unidad (<http://www.indogastro.org/foro/index.html>).

7. OBSERVACIONES.

La formación del MF en el ámbito de la especialidad de Aparato Digestivo debe mejorar implementando e incentivando programas formativos que mejoren sus competencias y habilidades en este ámbito. Los residentes de la especialidad de MFyC deberían tener un programa concreto de contenidos pactados entre las Sociedades Científicas, capaces de ser asumidos a lo largo de su periodo de rotación por las Unidades y Servicios de Aparato Digestivo, con independencia de que sean formados en otros contenidos transversales (ética, comunicación, investigación, etc). Con todas las bondades que tienen, a menudo les distraen de su verdadero cometido durante la rotación, como es adquirir los conocimientos y un mínimo de experiencia en las patologías que verdaderamente van a ser objeto de su actividad profesional en los Centros de Salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/592 ===== ***

Nº de registro: 0592

Título
IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Autores:

MONTORO HUGUET MIGUEL, ARA GARCIA ANGEL, ARA LAUNA DOMINGO, BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA, BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, CAJAL MARZAL ADOLFO, CAJARAVILLE ASO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con síntomas digestivos son valorados inicialmente por médicos de familia (MF) en los Centros de Salud (CS). La eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario depende, en gran medida, de la toma de decisiones en estos escenarios. El cribado de los volantes dirigidos desde la atención primaria de salud (APS) hacia el entorno hospitalario, ha permitido identificar elevadas tasas de derivaciones inapropiadas, factor determinante de demoras no deseadas e insatisfacción por parte de los usuarios. La Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSJ de Huesca presentó durante el ejercicio de 2015 un proyecto de mejora de la Calidad Asistencial (INDOGASTRUM) (<http://www.indogastro.org/foro/index.html>) basado en la creación de un foro de interacción donde MF y especialistas en Ap. Digestivo (EAD) comparten experiencia y conocimiento. El foro se divide en áreas temáticas donde se pueden alojar opiniones de expertos o formular preguntas al especialista de carácter genérico e interés general. Como continuidad al foro INDOGASTRUM se presenta un proyecto basado en la implementación de protocolos de actuación conjunta y flujogramas de gestión clínica entre MF y EAD impulsado por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) con el respaldo y auspicio de la SEMFYC.

RESULTADOS ESPERADOS

1) Disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas proporcionando mayor autonomía y capacidad de gestión al MF.
2) Contribuir a la difusión de protocolos de actuación conjunta entre primaria y hospitalaria centrados en los síntomas digestivos más prevalentes.
3) Establecer criterios de derivación consensuados por expertos de ambas Asociaciones Científicas con especial énfasis en el conocimiento de los síntomas de alarma que obligan a una atención preferente por parte de EAD.
4) Proporcionar criterios que permitan definir qué tipo de pacientes pueden ser atendidos esencialmente en el ámbito de la APS, cuáles son tributarios de un manejo por EAD y en qué situaciones se hace necesaria una atención y seguimiento conjunto.

MÉTODO

AEGastrum es un programa formativo de ámbito estatal, impulsado desde la vocalía de Docencia de la AEG, cuenta con el aval de la SEMFYC y está acreditado por la Asociación de Profesiones Sanitarias de Madrid. El programa consta de 12 monográficos, relativos a las patologías más prevalentes: a saber: 1) Enfermedad por reflujo gastroesofágico; 2) Dispepsia; 3) Helicobacter pylori; 4) Gas y Distensión abdominal; 5) Síndrome de intestino irritable; 6) Estreñimiento crónico; 7) Diarrea crónica; 8) Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca; 9) La enfermedad inflamatoria intestinal en el centro de salud; 10) Patología anorrectal benigna: hemorroides y fisura anal; 11) Idoneidad de la solicitud de colonoscopia en atención primaria; 12) Revisión del paciente post-polipectomía.

Cada monográfico se impartirá en un CS por parte de un EAD del HSJ-Hu, previo acuerdo con el coordinador correspondiente. Los contenidos del monográfico serán grabados por un equipo (Docentia TV) con experiencia en la transmisión de Cursos y Reuniones Científicas (<http://www.docentiatv.com/-inicio>) y alojados posteriormente en una plataforma web desde donde se podrán ver en diferido, bien desde los 14 CS dependientes del sector sanitario de Huesca, o a título individual desde los ordenadores personales de los MF. La financiación del proyecto está respaldada por la cuenta de investigación del grupo INDOGASTRO (investigación y docencia en gastroenterología) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, cuyo titular es el Dr Montoro Hugué. Los contenidos del PROGRAMA AEGastrum no están supeditados a intervención alguna por parte de la industria farmacéutica, siendo su propiedad intelectual y Copyright de las Sociedades Científicas que lo respaldan y promueven.

INDICADORES

1) Relación de 1^{as} visitas solicitadas desde la APS en 2018 / 2016 < 1; 2) Relación entre derivaciones inapropiadas en 2018/2016 < 1; 3) Satisfacción global del programa evaluada mediante encuesta cumplimentada por los MF de los CS.

DURACIÓN

Las sesiones clínicas se impartirán entre los meses de noviembre de 2016 y diciembre de 2017, salvando los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

meses de julio y agosto de 2017.

OBSERVACIONES

Forman parte del equipo de este proyecto los coordinadores de los 14 CS del SSH. Debido a la limitación establecida en la convocatoria, se han incluido por orden alfabético los 8 primeros. A fin de evitar cualquier agravio, se ruega considerar la posibilidad de incluir en el programa a los coordinadores de los CS restantes: Pirineos: (Antonio Castellón [acastillonf@salud.aragon.es]; Berdún: (Ana Carmen Gimenez Baratech [acgimenezb@salud.aragon.es]; Broto (José Miguel Lloro Lloro [jmlloro@salud.aragon.es]); Jaca: María Virginia López Cortés [vlopez@salud.aragon.es]; Ayerbe (Juan José Martínez Trivez [jjmartinezt@salud.aragon.es]; Sariñena: María José Suárez Fernández: [mjsuarez@salud.aragon.es]; y Hecho (Adela Vázquez Echevarría [avazqueze@salud.aragon.es]).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1720

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL MONTOIRO ALLUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ LORENZ JUAN BLAS
BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO
LOPEZ UBEDA MARTA
MASIP ESQUERDA MONTSERRAT
MIRAVETE VALIENTE MARIA JESUS
ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA
BORREL RONCALES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación del grupo de humanización del hospital: 10 de noviembre 2017. Dicho grupo está formado por 8 profesionales de distintos ámbitos y se reúne periódicamente.

Reuniones con el consejo de las niñas y los niños para la identificación de las necesidades y expectativas de la población pediátrica: estas reuniones se realizaron el 23 de marzo y el 9 de noviembre

Reuniones con los responsables del consejo de las niñas y los niños: 13 de marzo, 16 de octubre y 19 de diciembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estudio de las necesidades y expectativas detectadas en la población pediátrica: realización de un documento en el que se recogen todas ellas. En dicho documento se detallan propuestas con respecto a la relación humana, a las instalaciones y al entorno.

Realización e implementación de la guía de acogida dirigida a las niñas y los niños que ingresan en el hospital.

Puesta en marcha de nuevas iniciativas de humanización de la asistencia pediátrica del Hospital San Jorge: creación de pictogramas explicativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La puesta en marcha del proyecto "Hospital de las niñas y los niños" ha contribuido en el hospital San Jorge en:
 - Evaluación de iniciativas para la humanización de la asistencia pediátrica del Hospital. Así como determinar los elementos futuros de intervención para la mejora de la humanización en el proceso de asistencia pediátrica.
 - Fomentar la participación activa del niño en su proceso asistencial.
 - Creación del grupo de humanización.
- La sostenibilidad del proyecto así como su replicación a otros ámbitos está avalada por la creación y consolidación en el hospital del grupo de humanización. Este grupo tiene como misión de extender una cultura de humanización a todos los niveles del hospital, resaltando la importancia y las implicaciones que esta puede tener en la asistencia sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1720 ===== ***

Nº de registro: 1720

Título
HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Autores:
MONTOIRO ALLUE RAQUEL, PEREZ LORENZ JUAN BLAS, ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA, BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO, LOPEZ UBEDA MARTA, BORREL RONCALES MERCEDES, MASIP ESQUERDA MONTSERRAT, MIRAVETE VALIENTE MARIA ANGELES JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1720

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
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 enfermedad en la infancia supone una ruptura con la biografía del niño y provoca un gran impacto físico, psicológico y social. La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas proclama el derecho de la infancia a disponer de protección, cuidados y asistencia especiales, así como el derecho del niño a expresar su opinión y a ser escuchado cada vez que se tome una decisión que le afecte. En 1999 el pedagogo italiano Francesco Tonucci comenzó un proyecto internacional de participación ciudadana que pretendía tomar al niño como parámetro de la construcción de la ciudad y todo su entorno. En el año 2011 se puso en marcha en Huesca el proyecto creándose el laboratorio de la Ciudad de las niñas y los niños y el Consejo de las niñas y los niños.

Humanizar es algo más que ser amable, se trata de un compromiso activo y una responsabilidad. Con este proyecto se pretende apostar por sustentar y mejorar aspectos y dimensiones de una asistencia sanitaria humanizada en la infancia en el Hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar las necesidades, expectativas y demandas de los niños, respecto a la atención humanizada, a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Identificar las expectativas, necesidades y demandas que requieren los profesionales del Hospital San Jorge para promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en la población pediátrica del centro.
- Identificar áreas de mejora: Humanizar los espacios físicos y personalizar el proceso de información y acogida a pacientes pediátricos y familiares.
- Establecer un plan de actuación.

MÉTODO

- Reuniones cuatrimestrales con el Consejo de las Niñas y los Niños.
- Creación y puesta en marcha del grupo de humanización del centro.
- Identificación de las áreas de mejora.
- Establecer plan de actuación.

INDICADORES

- Creación grupo humanización del centro.
- Realización reuniones cuatrimestrales con los profesionales y los niños.
- Identificación de áreas de mejora.

DURACIÓN

2017: estudio de la opinión de los profesionales y los niños. Identificación de las áreas de mejora.

2018: Implantación de las mejoras propuestas. Verificación de su funcionamiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1558

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE GESTION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLEA GUERRO MARTA
RIVERA FUERTES ANA MARIA
BIARGE RUIZ ARTURO
LUESMA CASAÑOLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar se realizó un diseño de los contenidos mínimos que debía tener la web del Sector de Huesca, estableciendo la organización y asegurando la representación de todos los centros que comprenden el sector. En base a la web que se planteaba se solicitó presupuesto a distintas empresas para el desarrollo y alojamiento de la web y se seleccionó a una de ellas.

Se decidieron los dominios con los que se quería publicar la página web y se adquirieron.

Una vez adjudicado el trabajo de desarrollo de la web a la empresa correspondiente, se trabajó con ella para desarrollar los contenidos a incluir en la misma.

Se identificó una persona responsable de cada centro para gestionar la información que se ofrecía sobre el mismo. Se crearon los contenidos, se facilitaron a la empresa y se creó la estructura y estética de la misma. Se hicieron diversas modificaciones según los resultados que se obtenían y las pretensiones iniciales (navegabilidad, facilidad de uso, imagen y servicios que se dan al público).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La página web está terminada con los contenidos mínimos que se establecieron. Se han adquirido los dominios en los que estará accesible. Actualmente está en preproducción en la URL

<http://dl318.dinserver.com/hosting/test/hosajo/web/portada.php>

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comenzado con unos contenidos mínimos para tener una presencia en Internet y una canal oficial de comunicación con el ciudadano. Ofreciendo información básica que debe estar a su disposición de forma fácil y accesible. Se pretende ir incrementando la información que se ofrece de los centros e implicar a los servicios para que ofrezcan información de interés para los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1558 ===== ***

Nº de registro: 1558

Título
CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
ALCOLEA GUERRERO MARTA, MONTERO ALONSO GEMMA, RIVERA FUERTES ANA MARIA, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, ELDUQUE PALOMO AMADEO, CALVO GASCON ANA MARIA, BIARGE RUIZ ARTURO, LUESMA CASAÑOLA CARMEN

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: General
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la era digital el Sector Sanitario de Huesca no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1558

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

usuarios del Sector como otros Sectores del Servicio Aragonés de Salud.
Adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales es un objetivo para el 2017

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de un sitio web del sector sanitario de Huesca dirigido a los ciudadanos.

MÉTODO

- Definición de la estructura del sitio web y diseño.
- Generación de los contenidos.
- Definición de responsables para su mantenimiento.
- Definición de responsables de contenidos.

INDICADORES

- Puesta en marcha del sitio web

DURACIÓN

- Noviembre 2016- Diciembre 2017
- Primera fase: Finalizada en Julio 2017
- Segunda fase: Finalizada en Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0823

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE JARA ALTEMIR TRALLERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRAGAN ANGULO AMAYA
CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.elaboracion de una guía práctica para Atención Primaria con los criterios de derivacion a la consulta de alta resolución de nódulo tiroideo.
2.Adquisicion y compra del ecografo
3.planificacion y organizacion de la agenda de la consulta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.guia práctica del nódulo tiroideo
2 Ecografo
2.consulta N52, los jueves, con agenda END-BAR, específica del nódulo tiroideo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.Demora en la adquisición del ecografo.
2.dificultad en el aprendizaje de la técnica ecografica
3.Definicion de unos criterios claros de derivación a la consulta específica de nódulo tiroideo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/823 ===== ***

Nº de registro: 0823

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDEA EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR Y MEJORAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
ALTEMIR TRALLERO JARA, CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, GARCIA CALVO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procesos tiroideos constituyen, después de la diabetes, la patología endocrinológica más frecuente en la consulta de de Atención Primaria. La buena coordinación entre el Médico de Atención Primaria y el Endocrinólogo es un reto del sistema Sanitario de Salud en España. El abordaje de la patología tiroidea desde Atención Primaria tiene gran interés y su correcto manejo podría evitar muchas derivaciones al Endocrinólogo. La observación y la sospecha clínica en la consulta de Atención Primaria son fundamentales para el diagnóstico, por lo que sería importante difundir una guía de actuación y manejo de los procesos tiroideos en los Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0823

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar una guía para el manejo adecuado del nódulo tiroideo en Atención Primaria y definir unos criterios de derivación a la consulta de Endocrinología.

MÉTODO

Difusión de una guía práctica para el manejo del nódulo tiroideo en los Centros de Atención Primaria

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que se benefician de la aplicación de ese protocolo.:

1. Número de visitas totales.
2. Número de analíticas solicitadas
3. Número de ecografías tiroideas
4. Número de derivaciones

DURACIÓN

Inició el 1 de enero del 2017 sin fecha de finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0159

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LERA OMISTE INMACULADA
GARI LACRUZ ANGEL
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA
CALVETE PALACIO PILAR
BESCOS OROS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el tríptico y se solicitó a la Dirección del Hospital San Jorge su registro permanente para poder difundirlo de manera constante. Esto ha llevado tiempo, por lo que hasta este momento, solo se han podido difundir unos 150 trípticos en los meses de Octubre y Diciembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:
- Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
- Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

RESULTADOS:
- Se han contabilizado unos 70 trípticos sobrantes.
- No se ha constatado un aumento de las consultas recibidas, no obstante los integrantes del Comité comentan el aumento de comentarios y consultas de manera personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En lo escaso de la experiencia, esta ha sido positiva. Seguiremos desde el Comité de Ética Asistencial difundiendo el documento.

7. OBSERVACIONES.
- Finalmente hemos necesitado más tiempo del esperado para elaborar un tríptico explicativo que fuera también legible y simple. El proceso se ha alargado más de lo esperado, no obstante el resultado ha sido favorable. Para el futuro; - Debemos realizar una lista de lugares más propicios o estratégicos para difundir el tríptico

*** ===== Resumen del proyecto 2016/159 ===== ***

Nº de registro: 0159

Título
TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:
GARCIA MOYANO LORETO MARIA, LERA OMISTE INMACULADA, GARI LACRUZ ANGEL, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, CALVETE PALACIO PILAR, BESCOS OROS MARIA DEL MAR

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: Todos los usuarios y profesionales
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Participacion, accesibilidad e informacion de usuarios y profesionales.

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0159

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

La bioética se ocupa, entre otras cosas, de asesorar a profesionales y pacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria ante la toma de decisiones difíciles con una dimensión ética, así como de orientar en la aplicación de los avances científico-técnicos en el campo de la biomedicina, de acuerdo con los valores y principios morales.

Un Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo que asesora a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presentan problemas éticos, también se encarga del fomento de la formación e investigación en Bioética.

Debido a los cambios y reformas vividas en Aragón con respecto a la regulación del Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial (Decreto 96/2013 de 28 de mayo), en nuestro sector, en los últimos años han surgido diversos cambios y transformaciones, sobretodo en lo que respecta a la normativa interna, regulación legal (acreditación), incorporación de nuevos miembros, formación, etc. Es por ello necesario informar tanto a usuarios como a profesionales de la existencia de dicho Comité así como la difusión de su cometido, medios de contacto, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante esta herramienta se pretende:

- Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
- Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

MÉTODO

Se realizara un tríptico explicativo y simple sobre las funciones del Comité de Ética Asistencial, información sobre métodos de contacto, etc.
El tríptico será difundido por las Unidades y Servicios del Hospital San Jorge, centros de Salud, Servicios de Atención al paciente o usuarios, así como otros lugares pertenecientes al Sector Huesca.

INDICADORES

Se contabilizaran tras un tiempo prudencial los trípticos sobrantes, así como el número de consultas recibidas tras la difusión de la información.

DURACIÓN

El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que dichos trípticos estén siempre disponibles como medio de información.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN VIÑUALES ARMENGOL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

ALLUE FANTOVA NATALIA

BERNAL MONTERDE VANESA

EGIDO MURCIANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Coordinación con los servicios implicados para establecer el circuito de solicitud - petición y dispensación de los fármacos antivirales.
- 2.- Modificación de la periodicidad de las determinaciones de las cargas virales, pasando a realizar únicamente dos, una antes de comenzar el tratamiento (CV inicial) y otra tras la finalización del mismo para poder determinar la eficacia del tratamiento.
- 3.- Se han elaborado hojas de información para los pacientes de los nuevos medicamentos antivirales que se están utilizando (Maviret, Epclusa y Zepatier).
- 4.- Seguimiento de la adherencia mediante el registro de las dispensaciones en el módulo de pacientes externos. Esto ha permitido detectar incidencias en tres ocasiones durante 2016 y dos en 2017, analizar las causas y establecer las medidas correctoras oportunas.
- 5.- Detección de posibles interacciones entre los fármacos antivirales y la medicación domiciliaria. Para ello, antes de tramitar la petición del fármaco, se revisa el tratamiento farmacológico que está registrado en la HCE y en su caso, se contacta con el médico prescriptor.
- 6.- En la primera dispensación se facilita al paciente información oral y escrita de los medicamentos que va a tomar (cómo tomar la medicación, pauta, qué hacer en caso de olvido, posibles efectos secundarios...) y se realiza una entrevista detallada para detectar posibles interacciones con la medicación domiciliaria que no aparece registrada en la HCE y los productos de herbodietética. En las siguientes visitas se entrevista al paciente para detectar posibles reacciones adversas.

Esto ha permitido detectar interacciones farmacológicas con la medicación domiciliaria en 15 pacientes de los 64 tratados durante 2016 y en 22 pacientes (en 5 de ellos se ajustó el TAR previo al inicio del tratamiento) de los 60 tratados durante 2017.

En cuanto a la seguridad: Durante 2016 se detectó alguna reacción adversa a medicamentos (RAM) en 17 pacientes y durante 2017 se detectaron RAMs en 16 pacientes. Todas las RAMs detectadas estaban descritas en las fichas técnicas de los medicamentos y en ningún caso obligó a suspender el mismo. Sólo 1 caso precisó ingreso por RAM y fue debida a ribavirina y no al fármaco antiviral pautado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Detección de posibles reacciones adversas a la medicación.

Nº RAM detectadas 2016: 17

Nº RAM detectadas 2017: 16

Nº pacientes con RAM 2016-2017 / Nº pacientes tratados: 33/124

- 2.- Intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas debidas a interacciones farmacológicas con la medicación domiciliaria.

Nº IF realizadas 2016: 15

Nº IF realizadas 2017: 22

- 3.- Adherencia al tratamiento

De los 124 pacientes que han sido tratados durante los años 2016 y 2017, sólo 5 no han tomado correctamente la medicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC.

A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas.

La atención integral de estos pacientes por un equipo multidisciplinar aporta beneficios importantes para el paciente pero requiere destinar personal necesario para poderlo llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/649 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Nº de registro: 0649

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Autores:
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, ESCOLANO PUEYO ANGEL, BERNAL MONTERDE VANESA, EGIDO MURCIANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Hepatitis C
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
a infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es un problema de salud de primera magnitud en Europa. Es la primera causa de enfermedad hepática terminal y una de las principales indicaciones de trasplante hepático. El VHC se divide en 7 genotipos con numerosos subtipos, siendo el genotipo 1 el más frecuente en Europa con una prevalencia del 70%, seguido del genotipo 3.
Para el genotipo 1, la terapia triple con PEG+RBV y uno de los inhibidores de proteasa están disponibles desde el año 2011 y presentan una tasa de respuesta viral sostenida (RVS) que oscila entre el 30-84% en función de subtipo, el polimorfismo del gen IL28B, la respuesta al tratamiento previo y la gravedad del daño hepático. Para el resto de los genotipos, el tratamiento consiste en la combinación de PEG+RBV durante 16-48 semanas. Las tasas de RVS oscilan entre el 30 y el 80%, siendo en los genotipos 2 y 3 en los que se consiguen mejores resultados. Los tratamientos basados en interferón (IFN) se asocian a un gran número de efectos adversos, lo que limita su aplicabilidad en algunos grupos de pacientes. Por lo tanto, las moderadas tasas de eficacia y la gran cantidad de efectos secundarios de las terapias basadas en interferón, especialmente en los pacientes con enfermedad hepática más avanzada y en los que han fracasado tratamientos previos, hacen muy necesarios otros fármacos que sean mejor tolerados, más efectivos y que permitan combinaciones libres de interferón. En el momento actual existe un enorme desarrollo de la investigación de nuevos fármacos frente al VHC que actúan de manera directa y que proporcionan aumentos muy importantes en la eficacia y de seguridad. La rápida aparición de estas nuevas moléculas junto con el elevado coste que suponen estos tratamientos, hace necesario un estrecho seguimiento para evaluar tanto la eficacia en la práctica clínica habitual como las posibles reacciones adversas de nueva aparición.
Este proyecto se inició el año pasado y se puede concluir que: La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC. En nuestro estudio el 100% de los pacientes consiguió CV indetectable al finalizar el tratamiento así como una alta tasa de RVS en semana 12. No obstante, habría que esperar a los resultados de CV en semana 24 post-tratamiento, así como analizar las razones de los rebrotes en pacientes que habían conseguido la indetectabilidad al finalizar el tratamiento. A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas. La buena coordinación y seguimiento por parte del equipo multidisciplinar ha permitido optimizar los tratamientos y mejorar la eficiencia y seguridad en la atención de estos pacientes. Dado que todavía no se han tratado todos los pacientes, la aparición de nuevas moléculas para el tratamiento de esta patología y los buenos resultados obtenidos el año pasado, se hace necesario continuar con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinación con los facultativos implicados.
Seguimiento de la eficacia de los nuevos antivirales y de la adecuación a las directrices del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C.
Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
Atención farmacéutica a estos pacientes mediante información oral y escrita.
Detección de posibles interacciones de los nuevos fármacos con la medicación domiciliaria.
Detección /notificación de reacciones adversas a medicamentos.

MÉTODO
Revisión con los Servicios implicados de la metodología definida en cuanto a la periodicidad de las determinaciones de las CV, y análisis de los resultados del proyecto durante el año anterior.
Cumplimentación de los datos relativos al genotipo y las cargas virales periódicas en la carpeta compartida Microbiología-Farmacia. Esto permitirá realizar el seguimiento exhaustivo de todos los tratamientos y poder valorar la eficacia en las condiciones reales de utilización.
Elaboración de hojas informativas para los pacientes de los nuevos medicamentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Para realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento, se utilizará el registro de dispensaciones del módulo de dispensación a pacientes externos del programa Farmatools
La detección de posibles interacciones y reacciones adversas se realizará mediante entrevista con el paciente en el momento de la dispensación.

INDICADORES

% Pacientes con CV indetectable al finalizar el tto.
Nº Reacciones adversas a medicamentos detectadas/ nº de medicamentos dispensados.
Nº de intervenciones farmacéuticas realizadas.
Nº de pacientes a los que se ha realizado atención farmacéutica/ nº total de pacientes.

DURACIÓN

Revisión de la metodología y análisis de los resultados con los servicios: Enero 2017.
Elaboración hojas informativas: Enero y siguientes.
Atención farmacéutica, detección de interacciones y reacciones adversas: Enero y siguientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA 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.
ESCOLANO PUEYO ANGEL
ALLUE FANTOVA NATALIA
CUARTERO CASIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación de un equipo multidisciplinar con los facultativos y personal de enfermería implicados en el proceso asistencial.

-Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación.

-Definición y clasificación de discrepancias.

-Establecimiento de un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación:>70 años y >5 fármacos domiciliarios.

-Establecimiento de las fuentes de información y elaboración de un sistema estandarizado para recopilar y documentar la información clínica y farmacológica del paciente.

-Elaboración de formulario específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta.

-Elaboración, junto a FEAs del Servicio de Urgencias, de una guía de administración de fármacos por vía parenteral en urgencias.

-Resolución de consultas de administración de fármacos.

-Optimización de costes sanitarios.

-Farmacovigilancia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Conciliación de la medicación a 17 pacientes.

-Nº de medicamentos conciliados: 145

-% de pacientes con discrepancias en la medicación: 52,9%

-Nº discrepancias aceptadas/nº total de discrepancias: 75%. Standard: >50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de conciliación de la medicación en el Servicio de Urgencias se encuentra en marcha y en pleno proceso de desarrollo. Tal como se ha visto durante el desarrollo de este proyecto, la conciliación de la medicación garantiza a lo largo del proceso asistencial que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y adecuadas a la situación del paciente, así como la nueva prescripción realizada en el hospital. El Servicio de Urgencias es la puerta de entrada del paciente a la atención especializada y se debe garantizar una farmacoterapia segura y eficiente durante todo el proceso asistencial. La realización de la conciliación en dicho servicio resulta de vital importancia y la presencia de un farmacéutico garantiza uso racional del medicamento.

7. OBSERVACIONES.

Por favor, les agradeceríamos que María Pilar Amador Rodríguez constara como Coordinadora del Proyecto y Ángel Escolano Pueyo pasara a ser otro miembro del equipo de mejora; tal y como consta en este documento. En el envío original se encontraba invertido. Muchas gracias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/650 ===== ***

Nº de registro: 0650

Título
CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, ALLUE FANTOVA NATALIA, VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, CUARTERO CASIN CRISTINA

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: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención farmacéutica al paciente en urgencias es una actividad clínica de importancia creciente. Se han publicado numerosos estudios, dentro y fuera de nuestro país, que ponen de manifiesto la alta prevalencia de problemas relacionados con la medicación en los pacientes atendidos en urgencias y la capacidad del farmacéutico de prevenirlos y resolverlos trabajando en colaboración con los equipos multidisciplinares que los atienden. En este contexto, una de las actividades más consolidadas es la revisión del tratamiento crónico que recibe el paciente. Por un lado, los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) ocasionan un porcentaje importante de ingresos hospitalarios. Su identificación es necesaria para tratar el episodio agudo que presenta el paciente. Por otro lado, la revisión del tratamiento crónico forma parte del proceso de conciliación, necesario para adecuar la terapia crónica que recibe el paciente a la nueva situación clínica que presenta en el hospital. El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción. También intenta evitar las interacciones y duplicidades entre la medicación crónica y la aguda, ajustándose a la situación clínica actual. Toda discrepancia no justificada por el médico se considera un error de conciliación.

El proceso de conciliación de la medicación debería ser una práctica integrada en la actividad asistencial diaria en todos los hospitales ya que ha demostrado ser una estrategia importante para reducir los errores de medicación, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para los pacientes, siempre y cuando se revisen los tratamientos farmacológicos en las primeras 24-48 h de la admisión. Sin embargo, una de las principales barreras para la conciliación de la medicación es la disponibilidad de tiempo del personal sanitario para añadir este proceso en sus tareas habituales.

Por esta razón muchos hospitales han optado por hacer una selección de pacientes según diferentes criterios de prioridad. Una de las poblaciones más susceptibles de presentar problemas relacionados con la medicación en los servicios de urgencias es la constituida por las personas mayores. Este hecho ha sido reconocido por la American Geriatric Society y The American College of Emergency Physicians que recomienda la incorporación de un farmacéutico en los equipos que los atienden. Se trata de una población que, a menudo, presenta comorbilidades asociadas y recibe multitud de medicamentos. Se ha estimado que el 6-30% de los ingresos en pacientes mayores se deben a problemas relacionados con los medicamentos y que un porcentaje importante se debe a prescripciones potencialmente inapropiadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Coordinación con los facultativos implicados.
Asegurar una atención sanitaria continua, segura y de calidad.
Favorecer la continuidad asistencial interniveles de los pacientes.
Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento farmacológico.
Disminuir los errores de medicación producidos en las distintas transferencias asistenciales.
Disminuir las interacciones farmacológicas.
Evitar intolerancias y alergias medicamentosas.

MÉTODO

Creación de un equipo multidisciplinar integrado por un farmacéutico y por personal del Servicio de Urgencias implicado en el proceso asistencial.
Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación y asignación de responsabilidades.
Definición y clasificación de discrepancias y establecimiento de recomendaciones frente a las discrepancias observadas
Establecer un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación.
Análisis de las distintas fuentes de obtención de la información farmacológica de los pacientes (Farmasalud, OMIG, Historia electrónica...) y elaboración de un sistema estandarizado (base de datos e impresos específicos) para recopilar y documentar la información sobre todos los medicamentos del paciente, incluyendo la entrevista al paciente y/o cuidador.
Elaboración de una tarjeta o impreso específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta y que permita una adecuada coordinación con Atención Primaria.

INDICADORES

Nº Pacientes con conciliación de la medicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Nº de Medicamentos conciliados.
Porcentaje de pacientes con discrepancias. Pacientes con discrepancias/ Nº pacientes conciliados.
Nº Medicamentos con discrepancias / Nº total de medicamentos conciliados.
Nº Discrepancias aceptadas / Nº total de discrepancias.

DURACIÓN

Creación equipo multidisciplinar: Nov- Dic 16.
Definición del circuito, de discrepancias, recomendaciones y criterios priorización: Enero-Marzo 17
Elaboración impresos y tarjeta: Abril 17.
Inicio conciliación: Mayo y siguientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Asistencia y formación personalizada al personal facultativo, MIR y de enfermería a la hora de integrar PCH-Dominion.
- Elaboración de una guía de procedimiento para la correcta prescripción en el entorno PCH-Dominion y distribución a los profesionales implicados tanto en formato físico como por correo electrónico.
- Reuniones periódicas con los profesionales implicados en la integración PCH-Dominion para poner en común y solventar los problemas encontrados.
- Integración plena de los programas informáticos PCH-Dominion,
- Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.
- Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento del SAD.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos y personal necesario.
- Resolución de dudas y dificultades con el manejo del SAD al personal de enfermería.
- Analizar el uso y consumo de los medicamentos en urgencias.
- Evaluar los tratamientos prescritos en urgencias.
- Gestión y organización de stocks.
- Validación farmacéutica de los tratamientos y comienzo de la conciliación del tratamiento con la medicación domiciliaria.
- Intervenciones sobre la prescripción.
- Consultas relacionadas con la farmacoterapia (posología, forma de administración, reacciones adversas...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Integración satisfactoria de los programas PCH-Dominion: Sí.
- Planificación e instalación del SAD: Sí.
- Elaboración de un manual de procedimiento de manejo del SAD: Sí
- Agilidad en la reposición del SAD: Tiempo medio de preparación de medicamentos: 15 minutos. Standard: 20 minutos. Dato obtenido mediante cronometración.
- Agilidad en la reposición del SAD: Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD: 5 minutos. Standard: 10 minutos. Dato obtenido mediante hora de inicio de reposición y final extraída del SAD.
- Control de stock: Porcentaje de descuadres de stock encontrados y subsanados por el Servicio de Farmacia frente al total de dispensaciones: 13,5%. Standard 15%. Dato obtenido del SAD: nº veces que el personal de farmacia debe regularizar el stock del SAD.
- Calidad en la reposición (ausencia de errores de reposición): Nº de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: 0,32%. Standard: <5%. Dato obtenido y registrado cada vez que se detecta un medicamento repuesto en otro lugar.
- Medicamentos caducados: Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos: 0%. Standard: 0%. Dato obtenido cada vez que se revisan las caducidades del SAD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfactoria integración PCH-Dominion ha aumentado la eficiencia en el acto de la prescripción por parte del personal médico facultativo. Se reduce el tiempo empleado en dicha actividad ya que la prescripción se transcribe de forma automática de Dominion a PCH y se reducen los consiguientes errores debidos a la transcripción manual evitando así potenciales errores de medicación.

Por otro lado, la instauración del SAD ha permitido tener un control y trazabilidad absoluta del stock de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Este control permite reducir el stock de medicamentos en esta unidad, así como un control exhaustivo de las caducidades y una trazabilidad total en el proceso terapéutico (quién prescribe, quien retira la medicación, a qué paciente y a qué hora). Facilita además el análisis de la farmacoterapia permitiendo la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.

Este proyecto todavía está en fase de desarrollo ya que la experiencia del día a día nos ayuda a mejorar solventando los pequeños inconvenientes que surgen a lo largo del tiempo, como puede ser ajustes de stock a nivel tanto cuali como cuantitativo o formación en el manejo del dispositivo. Sería interesante invitar a otros facultativos, personal de enfermería y supervisoras de unidades a que conocieran el SAD para que pudieran aportar nuevas ideas y sugerencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1708 ===== ***

Nº de registro: 1708

Título
PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, MEJIA ESCOLANO DAVID, CAJA BUETAS ROSA

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: Patología que motiva la visita a urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La finalidad de este proyecto es integrar los programas informáticos PCH, DOMINION y un sistema automatizado de dispensación (SAD) para facilitar la prescripción de medicamentos y optimizar la gestión de stock de los mismos, con el correspondiente ahorro económico, de tiempo y carga de trabajo del personal del Servicio de Urgencias. Además, se garantiza la total trazabilidad en el proceso terapéutico (quién prescribe y qué persona retira la medicación a nombre de qué paciente) y la optimización de la situación farmacoterapéutica global del paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se proponen están relacionados con la seguridad del paciente, la seguridad del proceso y la eficiencia:

- Optimizar la gestión de stock de medicamentos en Urgencias.
- Eliminar los depósitos de medicamentos y sus problemas derivados (roturas, pérdidas, caducidades...)
- Disponibilidad de medicamentos las 24h del día.
- Facilitar el análisis de la farmacoterapia del paciente con la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.
- Detectar y disminuir los problemas relacionados con la medicación (PRM)
- Promulgar el uso racional de los medicamentos.
- Reducir costes económicos asociados a los stocks de medicación tradicionales.
- Reducir costes económicos asociados a los PRMs.
- Generar conocimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MÉTODO

- Asistencia y formación a personal facultativo y de Enfermería en la integración PCH-Dominion.
- Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.
- Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento de los SAD.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento de las principales patologías atendidas en Urgencias.
- Analizar el uso y consumo de medicamentos en Urgencias.
- Evaluar los tratamientos prescritos en Urgencias.
- Actividades del farmacéutico:
 - o Gestión y organización de stocks.
 - o Detección y prevención de PRM.
 - o Conciliación del tratamiento con medicación domiciliar al ingreso y al alta. o Intervenciones sobre la prescripción.
 - o Elaboración de guías de práctica clínica/protocolos.
 - o Consultas de administración de medicamentos.
 - o Optimización de costes sanitarios.
 - o Farmacovigilancia
- Medición de todos los parámetros anteriores.
- Actuación en los puntos débiles hallados.
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones.

INDICADORES

- Indicadores logísticos
 - o Elaborar un manual de procedimiento de manejo del SAD
 - o N° de especialidades por debajo del stock mínimo/total especialidades.
 - o Tiempo medio de preparación de los medicamentos a reponer.
 - o Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD.
 - o Porcentaje de descuadres de stock encontrados por el Servicio de Farmacia/total de dispensaciones realizadas
 - o N° de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: <5% ç
- Indicadores farmacoeconómicos.
 - o Consumo de medicamentos con/sin SAD
 - o Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos · Indicadores de gestión clínica.
 - o N° de especialidades prescritas/n° de especialidades retiradas
 - o N° de medicamentos retirados de manera excepcional/n° de medicamentos totales.
 - o N° de pacientes conciliados/n° de pacientes totales

DURACIÓN

- Formación del grupo de trabajo (Dic-2016).
- Integración de PCH-Dominion (Dic- 2016-Enero-2017).
- Formación y resolución de los problemas de la integración Enero-Marzo 2017.
- Plan estratégico de dispensación de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Dic 2016- Marzo 2017:
- o Revisar consumos de medicamentos de la Unidad.
- o Seleccionar los medicamentos, definir máximos y mínimos.
- o Planificar estructura del SAD. o Definir con la Unidad la ubicación.
- o Gestionar el acceso a los usuarios.
- o Definir procedimientos y protocolos para el manejo de SAD.
- o Realizar reuniones periódicas de formación.
- o Rediseño de circuitos de dispensación de medicación (Abril 2017) - Protocolización de distribución de tareas entre el personal de Enfermería de Urgencias y el personal del Servicio de Farmacia (Abril- Mayo 2017)
- Formación del personal de Enfermería de Urgencias (Mayo- 2017) - Formación del personal del Servicio de Farmacia (Mayo- 2017)
- Instalación del SAD (Junio 2017)
- Establecer un plan de mantenimiento y contingencia para garantizar el funcionamiento de los SAD (Julio-Septiembre 2017)
- Establecer indicadores de seguridad y económicos
- Iniciar el proyecto de conciliación de los pacientes que ingresan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

en el Servicio de Urgencias (Octubre 2017).
-Enero 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACALLE AICUA LAURA
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MENEDEZ JANDULA BARBARA
SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA
SECORUN PACO CRISTINA
RUBIO VILLANUA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Para la identificación de los procesos que necesitan ser documentados en el servicio de transfusión se utilizaron diferentes técnicas de identificación de problemas (encuesta, tormenta de ideas) en la que participó todo el personal que labora en el mismo y se llevó a cabo en mayo de 2017.

- Aplicación de parrilla de priorización de los procesos. Junio 2017.
- Documentación de los siguientes dos procesos seleccionados como prioritarios: Septiembre a Diciembre de 2017.
 - o Transfusión en situación de extrema urgencia o desesperada
 - o Transfusión masiva.

El proyecto se dio a conocer a todo el personal del Servicio de Hematología y Hemoterapia a través de reuniones informativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

1. Identificar los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo. Ver Anexo 1.

-Indicador: Listado de procesos identificados (que sirva de base para un posterior listado de documentación en vigor): SI

2. Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes). Ver Anexo 2.

Indicador: Procesos priorizados según parrilla de priorización: SI

3. Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

-Indicador: - Procesos documentados en formato estandarizado en la Unidad de calidad del Sector >= 2: SI, pendiente formatear.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En el servicio de transfusión ha habido importantes cambios del personal: teniendo en cuenta la responsabilidad que el proceso transfusional implica y pese a que el personal de Enfermería ha sido reemplazado por Técnicos de laboratorio, con lo cual la experiencia previa en la sistemática del proceso se ha perdido, se ha logrado con mucho esfuerzo asumir y adaptarse a las nuevas condiciones.

-Dado complejidad e interdisciplinariedad del proceso clínico de transfusión, se está trabajando en su elaboración con la participación de la Comisión de transfusión hospitalaria del H. San Jorge.

7. OBSERVACIONES.

ANEXO 1. LISTADO DE PROCESOS IDENTIFICADOS

1. Proceso de solicitud y recepción de componentes sanguíneos al Banco de Sangre y Tejidos de Aragón (BSTA), implica los siguientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

a. PNT de pedidos de componentes sanguíneos al centro de transfusión sanguínea regional (petición electrónica),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

condiciones de almacenamiento y transporte.

b. PNT de recepción de los componentes sanguíneos en el servicio (comprobación de la calidad, comprobación de grupo ABO/Rh D, entrada en el programa informático, almacenamiento, control de temperatura, etc).

2. Proceso de gestión de existencias: Stock de componentes, caducidades, etc.

3. Proceso clínico de transfusión: implica tres fases en términos generales.

I. La primera fase de solicitud de componentes sanguíneos, puede ser realizada por un facultativo desde cualquier servicio / unidad del Hospital para lo cual se diseñará un nuevo formato de petición de componentes sanguíneos (puede ser electrónico).

a. PNT de evaluación de la necesidad del tratamiento con componentes sanguíneos.

b. PNT de información al paciente y documentación de su consentimiento informado.

II. Una segunda fase de recepción de la solicitud y de muestras de sangre, en el servicio de transfusión, se precisan los siguientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

a. PNT de recepción de muestras de sangre y verificación de registro de seguridad (gricode), criterios de aceptación de las muestras recibidas.

b. PNT de pruebas pretransfusionales: pruebas de compatibilidad (fenotipado ABO y Rh D, fenotipo extendido, escrutinio de anticuerpos irregulares (EAI) e indicaciones de realizar prueba cruzada) y selección de componentes (además de compatibilidad ABO y Rh verificar si se precisan otras especificaciones como fenotipado extendido, irradiados, inactivados, cuarentenados, etc).

c. PNT de dispensación de componentes sanguíneos.

d. PNT de manual de técnicas de inmunohematología en el servicio de transfusión.

III. La última fase de transfusión de los diferentes componentes sanguíneos.

a. PNT de preparación de la transfusión, administración, velocidad de transfusión, selección y uso de dispositivos de infusión, observación basal y vigilancia del paciente.

b. PNT de actuación y notificación de reacciones / efectos adversos transfusionales.

c. PNT de trazabilidad de los componentes sanguíneos.

4. Proceso de transfusión masiva.

5. Proceso de transfusión de extrema urgencia o "desesperada".

ANEXO 2. PRIORIZACION DE PROCESOS IDENTIFICADOS

Una vez aplicada una matriz de priorización, teniendo en cuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del hospital, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales "clientes" del Servicio de transfusión, viabilidad económica, técnica y de recursos humanos y posible resistencia al desarrollo del proyecto, se definió el siguiente orden de prioridad para desarrollar la documentación de los procesos:

1. Proceso de transfusión de extrema urgencia o desesperada.

2. Proceso de transfusión masiva.

3. Proceso de gestión de existencias.

4. Proceso de solicitud y recepción de componentes sanguíneos.

5. Proceso clínico de transfusión.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1257 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Nº de registro: 1257

Título
IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, IZQUIERDO GARCIA ISABEL, SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA, SECORUN PACO CRISTINA, MEDINA GIMENO RUTH EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Hematología es un Servicio transversal, en el que confluyen las peticiones de todos los centros sanitarios del Sector, tanto de A Primaria como especializada; esto hace necesario tener protocolizados y normalizados todos y cada uno de los procesos que se realizan en el Servicio de Hematología.

A lo anterior, se añade la complejidad técnica de todos los procesos del Servicio, no es tarea sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo, deberá implicar al mayor número de profesionales del servicio para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde y en cuanto tiempo se realizan todas las actividades y de que manera se puede añadir valor a como se hacen en la actualidad.

En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.
De esta forma se sentarán las bases para una posible certificación de calidad externa, tipo ISO 9001.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es identificar y documentar los diferentes procedimientos operativos que se llevan a cabo en el Servicio de Transfusión de la Unidad de Hematología y Hemoterapia del Hospital San Jorge que permita normalizar y para asegurar la calidad de todos los procesos.

- Identificar todos los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo.
- Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes).
- Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

MÉTODO

De manera funcional, no estructural, podemos identificar en el Servicio varias secciones:

- Oncohematología
- Servicio de Transfusión
- Laboratorio de Hematología
- Hemostasia
- Eritropatología

Inicialmente se propone comenzar con la sección de Transfusión, la identificación y priorización de los procesos, se contará con la participación de los facultativos de Hematología, liderados por el Jefe del Servicio y coordinados por la coordinadora de calidad del Servicio y contará también con la participación activa de la Supervisora de enfermería, personal de enfermería y técnicos de laboratorio de la sección.

Para la priorización se elaborará una matriz objetiva que tenga en cuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del servicio, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales "clientes" del Servicio de Hematología, coste, posible resistencia en el desarrollo del proyecto, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Una vez seleccionados los procesos prioritarios, desde el grupo de mejora de la calidad liderado por la coordinadora, se iniciará la documentación del mismo con los conocimientos científico/técnicos necesarios y su experiencia profesional. Esta documentación será revisada por el Jefe de Servicio y aprobados por la dirección asistencial correspondiente, tal y como recoge el Procedimiento de control de documentación del Sector.

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	Estándar
Identificación de procesos documentación en vigor	SI	Elaborar un listado de procesos que sirva de base para un posterior listado de
Priorización de los procesos prioritarios para documentarlos		Aplicar parrilla de priorización con criterios objetivos y elegir los más 1 proceso priorizado/sección
Documentación de procesos Sector	>= 2	Procesos documentados en formato estandarizado en la Unidad de calidad del

DURACIÓN

- Identificación de procesos: antes 30/05/2017
- Priorización de procesos: Junio 2017
- Documentación de dos o más procesos: Septiembre/Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Está prevista la modificación de miembros del Servicio de transfusión, el personal de enfermería será reemplazado por Técnicos de laboratorio lo cual supone importantes cambios en la sistemática del proceso transfusional.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO VILLANUA CONCEPCION
SOLANS BLECUA ISABEL
CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
DOLZ PEREZ MARIA
ALASTRUEY MATEO MARIA
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Abril, y por necesidades del Servicio, se realiza una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por TEL cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y trascendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se modifican procedimientos y diseñan nuevas estrategias. Para obtener la capacidad necesaria e imprescindible para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas se programa un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.

Se inicia con una sesión teórica, presentada en power point, con una duración de unas dos horas, en el que se imparten conceptos básicos sobre los diversos tipos de donación de sangre, fraccionamiento y conservación de hemocomponentes, sistemas de grupos sanguíneos, pruebas de compatibilidad pretransfusional (pruebas cruzadas y tipaje y escrutinio), reacciones adversas transfusionales y trazabilidad sanguínea, Durante la práctica se muestran los diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos utilizadas en el Hospital, el funcionamiento del sistema de seguridad transfusional por código de barras GRICODE®, el del programa informático de Banco de Sangre e-Delphyn, las técnicas de pruebas de compatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.

Duración y calendario

Se realiza un cronograma que ayuda a planificar la formación de los 6 primeros profesionales que tienen que incorporarse a turnar en el Servicio el 17 de abril. Se inicia el 15 de marzo de 2017 y para que sea más efectiva se realiza individualmente en turnos de mañana y tarde.

En el mes de mayo se forman 3, en junio 2 y en octubre el último profesional.

Recursos empleados

Se entrega a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios folletos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la "Información Clave en Hemoterapia", "Actuación en transfusión desesperada". Y por último, se les proporciona un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria. Paralelamente, se convocan reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal. Se diseña, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consigue alcanzar la capacidad formativa necesaria de los profesionales, en el periodo de tiempo previsto, para iniciar la actividad laboral en el Servicio Transfusional.

Indicadores

Número de sesiones impartidas: Son un total de 12 sesiones individuales en los que se evidencia que deben aumentarse el número de horas planificadas, hasta un máximo de 56 horas, para los profesionales que carecían de experiencia.

Número de participantes. El 100% de los profesionales que tenía que incorporarse a las actividades de la Sección realizaron la formación.

Número de participantes que cumplimentan la autoevaluación. El 83,33%, 10 de los 12 participantes, solicitan el documento de Autoevaluación.

En el archivo del Servicio se registró tanto la asistencia a la formación como de la la solicitud del test de Autoevaluación de los discentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de unos meses de la implementación del Proyecto y del inicio de las actividades se observa que, como punto de formación de conocimientos básicos, ha sido útil, pero también se evidencia la necesidad de una formación más específica, continua y normalizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1761 ===== ***

Nº de registro: 1761

Título
PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, RUBIO VILLANUA CONCEPCION, SOLANS BLECUA ISABEL, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, DOLZ PEREZ MARIA, ALASTRUEY MATEO MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A lo largo de 2017, y por necesidades del Servicio de Hematología, se plantea una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por Técnicos especialistas en laboratorio (TEL) cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y trascendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se plantean modificaciones procedimientos y diseñan nuevas estrategias.

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar de la capacidad necesaria e imprescindible al personal para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas.
Garantizar la seguridad de los procedimientos lo que repercutirá en mejora de la calidad de la atención al paciente

MÉTODO
En total se programan un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.
Se iniciará con una sesión teórica (presentación en power point) para pasar a la práctica: diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos, sistema de seguridad transfusional, programa informático, técnicas de pruebas de incompatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.
Se entregará a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios documentos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la "Información Clave en Hemoterapia", " Actuación en transfusión desesperada".
Por último, se les proporcionará un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria. Paralelamente, se convocarán reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal.
Se diseñará, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

INDICADORES
Número de sesiones impartidas
% de participantes del total de TEL
% de participantes que cumplimentan la autoevaluación del total de participantes
Check list de comprobación pretransfusional SI /NO

DURACIÓN
Las actividades se llevarán a cabo a partir el 15 de marzo de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Esta previsto que finalice todo el plan en la última semana de octubre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS LOPEZ CLAVER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANDER AZCONA MARIA ARANZAZU
AVELLANAS CHAVALA MANUEL LUIS
LABARTA MONZON JOSE LORENZO
ESCOS ORTA JESUS OSCAR
SERON ARBELOA CARLOS
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
CABALLERO NUÑEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-El 7 de Enero de 2016 se creó y se formalizó el Equipo para la realización del proyecto, realizándose Acta de dicha reunión (Acta 1/ 2016).

Se realizó el protocolo de indicación de petición de coagulación según las Guías de The American Collage of Emergency Physicians (ver tabla 1); y se difundió mediante sesión clínica y por correo electrónico a todos los facultativos de la UCI.

-Se diseñó una hoja de recogida de datos para los pacientes del grupo control 2015 y otra para el grupo protocolo 2016.

-En el grupo control se incluyen los pacientes ingresados de forma consecutiva en los primeros 6 meses del 2015 (recogida retrospectiva de la historia clínica). En el grupo protocolo se incluyen los pacientes ingresados de forma consecutiva en los primeros 6 meses del 2016 (recogida prospectiva).

Se excluyeron los pacientes < 18 años, estancia menor de 24 horas, pacientes con riesgo hemorrágico alto, hepatopatía grave, enfermedad hematológica y uso de anticoagulantes.

-Hubo dos reuniones del grupo para evaluar el desarrollo y seguimiento del proyecto según el calendario establecido (Acta 2 y 3/2016) y finalmente tras la recogida de datos, se procede a analizar los resultados.

- Método: Estudio cuasiexperimental con control histórico. Se recogen variables demográficas, nº de extracciones (clasificadas en bioquímica, hemograma, gasometrías y coagulaciones), grado de anemización, necesidad de transfusión y mortalidad.

En el análisis estadístico se describen variables cualitativas con porcentajes y cuantitativas con medias y desviación estándar. Se comparan mediante X², t de Student ó la U de Mann-Whitney, con soporte informático SPSS.

Tabla 1.
PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE UCI.

- 1.- Pacientes anticoagulados
- 2- Infecciones graves activas
- 3- Trastornos hemorrágicos
- 4- Trombosis venosas y arteriales
- 5- Politraumatismos graves
- 6- Preoperatorio
- 7- Pacientes con inestabilidad hemodinámica
- 8-Enfermedad hepática
- 9- Alteraciones hematológicas conocidas
- 10-Sospecha de déficit de vitamina K

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluyeron 92 pacientes en el grupo control y 107 en el grupo protocolo. Los grupos fueron homogéneos en edad (68,5 vs 67,3 años), sexo masculino (70 vs 72 %), escala de gravedad APACHE II (13,9 vs 11,7), tipo de ingreso (cirugía 40% vs 41%), estancia (5,24 vs 5,26 días) y Hemoglobina al ingreso (11,9 vs 12 g/dl)

Al analizar los resultados (ver tabla 2) se observa en el grupo protocolo una reducción del 35,6% del nº de peticiones de coagulación (229 con una tasa de 0'48 /día) versus grupo control (356 con una tasa de 0'80 /día) con significación estadística.

Así mismo, hay disminución del grado de anemización (-0,4 vs -0,7 g/dl) y de la mortalidad (5,6 vs 9,8 %) sin significación estadística. El porcentaje de pacientes transfundidos fue similar en ambos grupos (12,1 vs 12,0 %).

TABLA 2:
Control Protocolo p

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

	2015	2016 (X2 o t Student)		
Pacientes [n]	92	107		
Edad	68,5(14,4)	67,3 (16,2)	0.57	
Sexo masculino n (%)	65 (70,7)	77 (72)	0.87	
Estancia	5,24(5,7)	5,26(6,6)	0.98	
Cirugía [n (%)]	37 (40,2)	44 (41,1)	1.0	
Apache II [media(DE)]	13,9(6,4)	11,7 (6,6)	0.18	
Hb ingreso (g/dL)	11,9 (2,4)	12,0 (2,5)	0.79	
Hb alta (g/dL)	11,1 (2,3)	11,5 (2,3)	0.80	
Nº global de peticiones[n]	1833	1969	0.64	
Nº de coagulaciones [n]	356	229	0.001	
Nº peticiones/día/pac	4,0(1,7)	3,6 (1,8)	0.10	
Nº bioquímica/día/pac	1,19 (0,4)	1,16 (0,4)	0.62	
Nº hemogramas/día/pac	1,1 (0,4)	1,0 (0,5)	0.45	
Nº de coagulación/día/pac	0,8 (0,5)	0,48 (0,4)	0.001	
Nº gasometría/día/pac	1,0 (0,6)	0,9 (0,6)	0.83	
Anemización (g/dL)	-0,7 (1,5)	-0,4 (1,5)	0.24	
Mortalidad [n (%)]	9 (9,8)	6 (5,6)	0.29	
Transfundido [n (%)]	11 (12,0)	13 (12,1)	1.0	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La implantación del protocolo consiguió reducir el nº de peticiones innecesarias de coagulaciones en un 35, 6% con significación estadística.

-Esto conlleva no sólo disminución de costes económicos, sino también disminución de la carga del personal sanitario y racionalización de los recursos sanitarios

-Se observó una disminución de la anemia iatrogénica en UCI, que si bien no tiene significación estadística, si muestra una tendencia a menor anemia en el grupo del protocolo

-La seguridad de los pacientes no se vio comprometida con respecto a las necesidades de transfusiones y mortalidad global.

RECOMENDACIÓN:

-Según este Proyecto de Mejora, la implantación de un protocolo para la solicitud de coagulación cumpliendo unas indicaciones, conllevaría una disminución de costes y cargas de trabajo, sin menoscabo en la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/693 ===== ***

Nº de registro: 0693

Título
PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Autores:
LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, EITO ARNAL ANTONIO JOSE, LABARTA MONZON JOSE LORENZO, LANDER AZCONA ARANTXA, ESCOS ORTA JESUS OSCAR, MALLOR BONET TOMAS, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LAIRLA OLIVAN MARTA

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: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

PROBLEMA

Problema u oportunidad de mejora seleccionada.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN: En Cuidados Intensivos, las peticiones y extracciones de analíticas así como pruebas de imagen suponen una parte muy importante del trabajo diario del personal sanitario de la U.C.I. Se ha demostrado en múltiples estudios la ineficacia, por aumento de costes y efectos secundarios, de la realización rutinaria de radiografías y análisis sanguíneos. En muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias conlleva aumento del coste sanitario, estudios ineficaces y requerimientos adicionales de otras técnicas (pruebas de imágenes, ampliación de estudios de coagulación, etc.). En una revisión sistemática de los estudios preoperatorios, hubo alteraciones en los test de coagulación entre un 4,8 -15,6% del total; pero sólo conllevó un cambio en la actitud terapéutica en el 0'8% de los pacientes, lo que confirma el elevado número de peticiones innecesarias que se solicitan de forma rutinaria. Múltiples estudios han demostrado que las extracciones sanguíneas innecesarias en pacientes de UCI producen anemia iatrogénica, lo que conlleva a un aumento de los costes y de las transfusiones sanguíneas realizadas (riesgo de transmisión de infecciones, TRALI, reacciones transfusionales, etc). Por lo tanto, con la bibliografía existente y de acuerdo con las Guías de las Sociedades Científicas, consideramos que podríamos disminuir el número de peticiones innecesarias en los test de coagulación rutinarios si se aplica un protocolo de solicitud de test de coagulación en aquellos pacientes con antecedentes de sangrado o factores de riesgo para desarrollar una coagulopatía aguda.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos sin alterar los resultados clínicos esperados, incluyendo los episodios de sangrado, necesidades de transfusión y mortalidad global
- 2.- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado con reducción de los gastos al disminuir el nº de peticiones y racionalización de los recursos sanitarios.
- 3.- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados disminuyendo la carga de trabajo del personal sanitario y los costes así como los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas y la anemia iatrogénica en U.C.I

MÉTODO

Método:·
Los pacientes ingresados en UCI serán evaluados mediante anamnesis, exploración física y realización de pruebas complementarias, entre las que se incluyen las pruebas de coagulación.· Para la reducción del nº de solicitudes de controles de coagulación ineficaces solicitadas de forma rutinaria, se instaurará un protocolo en el que se definen los pacientes con riesgo de presentar alteraciones de la coagulación.
Actividades a Realizar:· Se realizará una Sesión Clínica al personal médico de la U.C.I. donde se informará de la puesta en marcha de este proyecto.· Se informará a los médicos de las situaciones clínicas en las que es necesario realizar un control de coagulación (según las Guías de The American Collage of Emergency Physicians)
:- Pacientes con sangrado activo-
Pacientes con cuadro de shock séptico activo-
Signos clínicos de sangrado o coagulopatía activa (hematomas cutáneos, etc).
Historia previa de sangrados espontáneos o excesivos
Uso actual de anticoagulantes
Sospecha o confirmación de CID (coagulopatía intravascular diseminada)
Evidencia de enfermedad hepática (por historia o examen clínico)
Historia de malnutrición o malabsorción en grado severo- Enfermedades hematológicas.
Necesidad de realizar procesos invasivos (cirugía urgente o procedimientos que requieren anticoagulación:
ej. Hemodiafiltración continua)
Imposibilidad de realizar anamnesis del paciente para valorar riesgo de coagulopatía.

INDICADORES

Para evaluar la efectividad de la medida a ejecutar se compararán dos grupos:
uno tras aplicar el método restrictivo (grupo protocolo recogido durante el año 2016) y otro grupo de control del año 2015
.Se compararán en cada grupo:
- datos demográficos y epidemiológicos
- nº de solicitudes sanguíneas
- nº de episodio de sangrados
- requerimiento de medicación procoagulante
- requerimiento de transfusiones sanguíneas
- necesidad de cambio terapéutico y mortalidad global.

DURACIÓN

· En el primer mes del año, se informará a los facultativos sobre el protocolo a seguir y se presentará la hoja de recogida de datos.· Se implantará el protocolo el 1 de Febrero de 2016 al 31 de Diciembre de 2016.· Se recogerán los datos de los pacientes en la hoja de datos.· Durante el periodo de estudio, los componentes del Equipo de Mejora se reunirán en 3 ocasiones para valorar el seguimiento de la implantación, de las incidencias y resultados preliminares, lo que transcribirán mediante Acta de Reunión.· Finalmente al terminar el periodo de estudio se analizarán los datos obtenidos y se reflejarán en la Memoria del Servicio.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCIÓN DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRÍTICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ARANZAZU LANDER AZCONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO LIESA ROSA
MILAGRO BEAMONTE ANA
LABARTA MONZON LORENZO
LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
LAIRLA OLIVAN MARTA
ESCOS ORTA JESUS OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado "RESISTENCIA ZERO" (Prevención de la Emergencia de Bacterias Multirresistentes en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI. Este proyecto forma parte de la Estrategia de Seguridad del paciente que el Ministerio impulsa en colaboración con las Comunidades Autónomas.

Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto.

Por lo tanto para desarrollar e implantar el proyecto en nuestro Hospital lo primero que necesitamos es disponer del kit de hisopos para extraer muestras y de los medios de cultivo específicos para detectar gérmenes multirresistentes, algunos de los cuales no están a nuestro alcance en la actualidad por lo que en la actualidad se ha solicitado a la dirección una Reunión para poder poder comprarlos e iniciar el proyecto dada la importancia del proyecto

Tras confirmar la compra del material se implantara de forma progresiva el proyecto en la Unidad. Actualmente se esta formando el grupo de Trabajo con médicos de UCI, Microbiología y Medicina Preventiva, así como enfermería y auxiliares de Cuidados Intensivos.

A principios de Febrero hay una nueva Reunión de todo el equipo coordinador autonómico para ver la situación en las distintas Unidades y decidir la iniciación del proyecto con criterios uniformes en toda la Comunidad.

Nuestra Unidad también ha empezado a registrar durante todo el año en todos los pacientes el ENVIN completo, programa informático utilizado en Cuidados Intensivos para estudiar las infecciones en Cuidados Intensivos, y esta base de datos es la que se va a utilizar para registrar los datos de la Resistencia Zero, para facilitar su introducción nuestra Unidad va a realizar el ENVIN completo todo el año.

A lo largo de este año se implantara el proyecto en nuestra Unidad y con ello tendremos un mapa de los gérmenes multirresistentes de nuestra Unidad y con la implantación de las medidas valoraremos sus tasas y la evolución a lo largo del proyecto.

El primer paso realizado ha sido la compra del material necesario para la realización del proyecto, tras la compra de todos los materiales necesarios unificada a nivel de Aragón y autorizada por nuestra Dirección, se compraron el kit de hisopos con medio de transporte y los 4 medios de cultivo necesarios.

Mientras se inicio un curso de Formación en Resistencia Zero. La persona responsable de la formación ha sido A Lander que ha implantado la formación a todo el personal de la Unidad. Durante dos meses consecutivos y en pequeños grupos de 2-3 y 4 personas ha ido realizando la formación a todo el personal de la UCI (Facultativos Especialistas Area, Residentes UCI y rotantes en la Unidad, enfermeras, auxiliares y estudiantes de enfermería que están rotando en la Unidad. En este Curso se les explica el proyecto, cual es nuestra situación y de que medios disponemos y como lo vamos a ir implantando en la Unidad. Posteriormente se anima a todo el personal a realizar el Curso Resistencia Zero on line sobre el proyecto.

También se explica que la implantación de proyecto se hará de forma progresiva dada la complejidad del proyecto. En este proyecto están implicadas muchas personas de diferentes servicios.

Se toma 3 cultivos de vigilancia (frotis nasal, de orofaringe y rectal) y en un medio de cultivo se remiten a Microbiología. En aproximadamente 24 horas están los resultados.

El laboratorio de Microbiología es muy importante ya que todas las muestras son procesadas por ellos y les genera una carga de trabajo importante. De acuerdo con ello se decide que las muestras se recogerán los martes por su organización.

El Servicio de limpieza del Hospital dispone de un protocolo actualizado de limpieza diario de boxes y resto de la UCI (donde se especifica METODO, FRECUENCIA Y PRODUCTOS DESINFECTANTES) para superficies, suelo, paredes y resto de estructuras fijas de las habitaciones revisado recientemente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA

Tras realizar todos los pasos anteriores en Marzo se pone en marcha el Proyecto. También se ha elaborado una encuesta al ingreso del paciente. A todo paciente que ingresa en UCI se le realiza la encuesta, cuando el enfermo esta colonizado o infectado previamente por un germen multirresistente o si se cumplen dos del resto de ítems el paciente es aislado hasta que se confirme si tiene o un germen multirresistente. La realización de la encuesta la hace el médico responsable del enfermo al ingreso. Esto implica que el número de enfermos aislados es mucho mayor y por tanto la carga de trabajo para todo el personal es mucho mayor. En 24 - 48 horas están los resultados y el enfermo se le puede retirar el aislamiento si es negativo. Esto implica una carga asistencial para Microbiología que tiene que ofrecer los resultados en un tiempo corto y también para el personal de la UCI. El fin de semana el problema es más importante porque no se pueden tener los resultados dado que el fin de semana no hay Microbiólogo de Guardia. La recogida de datos y su posterior análisis se realiza a través del programa ENVIN - HELICS. Asimismo se rediseña la hoja de cultivos de los enfermos para que queden reflejados el inicio de la antibioterapia y su finalización y el motivo de inicio (empírico o dirigido) y sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado, desescalado antibiótico. Diariamente en la Sesión se valora la indicación de los antibióticos utilizados en cada paciente, su vía y forma de administración y se valora su retirada o su ajuste. También se sigue la profilaxis antibiótica posquirúrgica siguiendo el protocolo del Hospital. Se ha incidido en la extracción de muestras previas a la administración de antibiótico y en el procesado y envío de las muestras para su procesamiento rápido. Se ha responsabilizado a todo el equipo médico de la necesidad del cumplimiento de las normas de política antibiótica. Todo ello para mejorar y optimizar el empleo de los antimicrobianos. La responsable de enfermería del proyecto, se ha encargado de la mejora a la adherencia a la higiene de manos y es responsable de potenciar las precauciones de aislamiento para evitar la transmisión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El germen más frecuentemente encontrado tanto en el ámbito de nuestra UCI, como en Aragón como a nivel Nacional tanto previamente al ingreso como durante el ingreso son los BLEEs.
- Con estos datos podemos decir que nuestra UCI tiene más enfermos colonizados o infectados cuando ingresan en UCI que a nivel de Aragón o a nivel nacional. Pero una vez que ingresan en UCI la tasa de colonización o infección intraUCI es baja.
- Por tanto hemos elaborado un mapa de los gérmenes multirresistentes en nuestra Unidad y hemos elaborado un paquete de recomendaciones para disminuir el número de pacientes ingresados con un germen multirresistente.
- El objetivo de disminuir un 20% la tasa de pacientes con gérmenes multirresistentes requiere más tiempo y el proyecto sigue desarrollándose en el tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El germen más frecuentemente encontrado tanto en el ámbito de nuestra UCI, como en Aragón como a nivel Nacional tanto previamente al ingreso como durante el ingreso son los BLEEs.
1. - Con la implantación de este proyecto se ha conseguido obtener un mapa microbiológico de nuestra Unidad objetivando que la mayor parte de las colonizaciones e infecciones son previas al ingreso en UCI y que los gérmenes más frecuentes son las enterobacterias BLEE a nivel global. IntraUCI los gérmenes más frecuentes son el SARM y los BGN carbapenemasas.
 2. - Se ha iniciado una serie de normas y estrategias para mejorar y optimizar el empleo de los antimicrobianos
 3. - Se ha incidido y mejorado en las normas de aislamiento.

7. OBSERVACIONES.

Con estos datos podemos decir que nuestra UCI tiene más enfermos colonizados o infectados cuando ingresan en UCI que a nivel de Aragón o a nivel nacional. Pero una vez que ingresan en UCI la tasa de colonización o infección intraUCI es baja.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1087 ===== ***

Nº de registro: 1087

Título
PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Autores:
LANDER AZCONA ARANTXA, MILAGRO BEAMONTE ANA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LABARTA MONZON JOSE LORENZO, NAVARRO LIESA ROSA, GARCES FERRANDO CARMEN, SANZ CARDIEL ALICIA, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL

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: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

La aparición de resistencias a los antibióticos es una gran amenaza para la salud pública en todo el mundo que incrementa los costes de la atención sanitaria, la tasa de fracaso de tratamiento y la mortalidad. Los pacientes ingresados en UCI tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser infectados o colonizados por gérmenes multirresistentes. En España, mediante el registro ENVIN-HELICS se conoce la evolución de sus tasas, la etiología de las mismas y la sensibilidad de los microorganismos patógenos más frecuentes. La aparición de una bacteria multirresistente (BMR) condiciona el pronóstico del paciente crítico e incrementa el consumo de recursos. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado "RESISTENCIA ZERO" (Prevención de la Emergencia de BMR en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaborar un paquete de recomendaciones en pacientes ingresados en servicios o unidades de pacientes críticos con el objetivo de disminuir la selección y/o diseminación de bacterias multirresistentes en la UCI
- 2.- Reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica uno o más BMR (bacterias multirresistentes) de origen nosocomial intra-UCI
- 3.- Describir el mapa de BMR en nuestras unidades de pacientes críticos

MÉTODO

Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto. Para impulsar la implementación del proyecto a nivel autonómico se formó un grupo de coordinación acordando las siguientes propuestas:

- Se vigilarán todos los pacientes ingresados en UCI exceptuando en nuestro caso los enfermos coronarios (con menor riesgo de infección/colonización por BMR), salvo que dichos enfermos tengan factores de riesgo.
- Muestras a estudiar: frotis nasal, faríngeo y rectal en cada paciente mediante un kit que incluye tres hisopos y un medio de transporte de Cary-Blair.
- Bacterias Multirresistentes a estudiar: S. aureus meticilin resistente (SARM), enterobacterias resistentes a cefalosporinas de 3º y 4º generación: productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y cefamicinasas plasmídicas (pAmpC) y adicionalmente estudiar la colonización por enterobacterias resistentes a carbapenems por producción de carbapenemasas solo en aquellos pacientes que ingresen en UCI procedentes de centros sanitarios de otros países o comunidades autónomas en los que se aísla con frecuencia enterobacterias productoras de carbapenemasas
- Medios de cultivo: se propone la siembra de las muestras recogidas de los pacientes incluidos en la vigilancia en medios cromogénicos que son selectivos y diferenciales y además más baratos y asequibles que los métodos moleculares (PCR) permitiendo ofrecer resultados preliminares altamente fiables en 24 horas y definitivos en 48 horas, lo que limita el tiempo de aislamiento en pacientes no colonizados. La previsión de coste por paciente es de 3.02 euros que se incrementa en 2,75 euros en pacientes con riesgo de portar enterobacterias resistentes a carbapenems

INDICADORES

- Cumplimentación de la lista de verificación (check list) para detectar pacientes con riesgo elevado de ser portadores de BMR
- Control de uso e indicaciones de antibioterapia así como resistencias
- Uso y cumplimiento de las diferentes precauciones :estandar y por mecanismos de transmisión (medidas de aislamiento)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA

DURACIÓN

Durante el año 2016 se va a continuar con el proyecto (iniciado en marzo de 2015 y continuando su participación el el proyecto ENVIN -UCI) para seguir teniendo un mapa microbiológico y la política antimicrobiana de la Unidad y valorar el cumplimiento de las mejoras de aislamiento y se ha iniciado la elaboración de un protocolo de limpieza de nuestro material y aparataje que se continuará evaluando.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Fecha de entrada: 23/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
CALVO BEGUERIA EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se inició en el mes de septiembre de 2016, instaurándose una consulta específica de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular (presencia de dos o más factores de riesgo vascular), atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna. Todos han cumplido los criterios de selección. A todos ellos se les ha realizado en la primera visita: cuestionarios pertinentes, ficha inicial, historia clínica completa, recogida de datos sobre tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, exploración física completa, solicitándose exploraciones complementarias pertinentes y realizándose cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE. A cada uno de ellos se les administró una Hoja de Información que explica la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.
Se han planificado revisiones cada 3, 6, 9 y/o 12 meses, en función de las necesidades del paciente. En la actualidad se han revisado a los 6 meses un total de 11 pacientes, estando pendientes de revisión el resto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Objetivo: Valorar pacientes con psoriasis y riesgo vascular en la Unidad Dermatología-Medicina Interna. Indicador: número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna (desde septiembre de 2016 hasta noviembre de 2017): 29
2. Objetivo: Realizar seguimiento de los pacientes en la consulta. Indicador: Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses: 11
3. Objetivo: Modificar tratamiento cuando sea preciso. Indicador: Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico) durante este seguimiento: 9. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (de estilo de vida) durante este seguimiento: 11
4. Objetivo: Calcular el riesgo cardiovascular de los pacientes de la consulta mediante SCORE. Indicador: Cálculo del riesgo cardiovascular: en 29 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que dada la alta comorbilidad de esta enfermedad, la atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar. Por ello el trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde esta consulta específica puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes.
Durante el próximo año están programadas las revisiones pertinentes para los pacientes incluidos y se prevé que aumente el número de sujetos en la consulta.

7. OBSERVACIONES.

Continuar desarrollando la consulta específica de Psoriasis-Medicina Interna.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/292 ===== ***

Nº de registro: 0292

Título
UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Autores:
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CALVO BEGUERIA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Otro Tipo Patología: Enfermedades metabólicas y cardiovasculares
Línea Estratégica : Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que en España tiene una prevalencia de un 2,3%. Extrapolados los datos a la población del Sector Huesca, se estima una prevalencia de 2400 pacientes. La psoriasis presenta múltiples manifestaciones clínicas, tanto de la piel y las articulaciones como sistémicas, por lo que su atención requiere un abordaje integral. Los pacientes con psoriasis con mucha frecuencia asocian factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipemia. Además el riesgo de padecer síndrome metabólico y cardiopatía isquémica parece estar relacionado con la severidad de la psoriasis y con un debut más temprano de la enfermedad. La psoriasis tiene además un importante impacto psicológico y social, asociándose con una elevada prevalencia de depresión y ansiedad (28-67% y 45% respectivamente). La afectación que produce en el bienestar físico y psíquico conlleva un deterioro de la calidad de vida y altas tasas de incumplimiento terapéutico (40%). Un tratamiento efectivo de la psoriasis debe abarcar no solo el bienestar físico, sino también el psicológico y social. Por ello el manejo del paciente psoriásico ha de ser multidisciplinario, lo que implica la identificación y tratamiento de los problemas psicológicos, adicciones, enfermedades metabólicas, cardiovasculares y articulares asociadas.

RESULTADOS ESPERADOS

La atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar que abarque todo el espectro de afectación de esta enfermedad: afectación cutánea, articular, sistémica, factores psicosociales. El trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde una consulta específica diseñada específicamente para el tratamiento y seguimiento a largo plazo del paciente psoriásico, puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo principal de este proyecto es: instaurar una consulta específica de pacientes con psoriasis y factores de riesgo cardiovascular, atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna, para mejorar su abordaje integral.

MÉTODO

Se valorarán pacientes diagnosticados de psoriasis que presenten FRCV derivados desde las consultas de Dermatología, Reumatología y Medicina Interna. Los criterios de selección serán:

- Edad mayor de 18 años.
- Firmar consentimiento informado.
- Tener dos o más FRCV

En la primera visita, se recogerán los siguientes datos:

- Cuestionario de conocimientos del paciente acerca de la psoriasis.
- Cuestionario sobre calidad de vida DLQI y PSOLife.
- Se rellenará la ficha inicial de paciente psoriásico, incluyendo: datos de filiación, nivel de estudios, situación laboral, smartphone con conexión a Internet.
- Se realizará la historia clínica completa, incluyendo: características de su psoriasis, antecedentes familiares, personales (FRCV, enfermedades cardiovasculares, de la piel, inflamatorias, reumatológicas, infecciosas, ansiedad y depresión, entre otras). Tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos.
- Exploración física completa, incluyendo grado y forma de afectación de la psoriasis, afectación articular, peso, talla, IMC, PA, fototipo, perímetro abdominal.
- Exploraciones complementarias, si precisasen y analítica (glucosa, HbA1C, perfil lipídico, úrico, albuminuria, filtrado glomerular, calcio, vitamina D, PTH, VSG, PCR)
- Se realizará cálculo del RCV mediante SCORE
- Se administrará al paciente una Hoja de Información que explique la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.

Además se llevarán a cabo las medidas de intervención oportunas (tratamientos, dieta, medidas higiénico dietéticas).

Posteriormente se llevará a cabo el seguimiento de los pacientes, con similares cuestionarios y exploraciones, así como las intervenciones pertinentes.

INDICADORES

1. Número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna.
2. Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses.
3. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico y de estilo de vida) durante este seguimiento.
4. Cálculo mediante SCORE del riesgo cardiovascular.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en el mes de septiembre de 2016, con una consulta mensual de pacientes con psoriasis y riesgo vascular (ver criterios de inclusión). Se realizarán revisiones de los mismos a los 3, 6, 9 y 12 meses, en función de las necesidades del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0411

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)

Fecha de entrada: 23/12/2017

2. RESPONSABLE TERESA OMISTE SANVICENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JIMENO GRIÑO CARMEN
CARMONA ESCRIBANO VALLE
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
LAHOZ LASALA CLARA
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
GARCIA MAGALLON BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de la bibliografía actualizada sobre osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC). Comparación de las sugerencias realizadas por diferentes documentos de consenso para la OIC.
- Recogida de datos previa a la elaboración del protocolo mediante revisión de documentación clínica e historia clínica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Se toma como referencia a pacientes con arteritis de células gigantes diagnosticados en el hospital San Jorge entre el año 2000 y 2012 que recibieron tratamiento corticoideo. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo. En los datos analizados un 8% presentaba osteoporosis y hasta un 14% presentó fractura durante el seguimiento. Menos del 20% recibió tratamiento para prevenir la pérdida de masa ósea.
- Elaboración de un protocolo de bolsillo con las recomendaciones más importantes.
- Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas algunos de los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides: Medicina Interna, Reumatología, Neurología y Neumología. Familiarizarse con las escalas de riesgo de osteoporosis como el FRAX o escalas de riesgo de caídas, especialmente en el paciente anciano.
- Monitorización del cumplimiento del protocolo y de la aparición de fracturas osteoporóticas en los pacientes a los que prescribimos glucocorticoides, tomando de nuevo como referencia los pacientes con arteritis de células gigantes. Por el momento se valora muy positivamente el cumplimiento del protocolo. Debido a que son tratamientos prolongados, en los próximos meses se analizará el porcentaje de fracturas osteoporóticas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Concienciar a los especialistas de nuestro hospital que utilizan glucocorticoides durante más de tres meses en el tratamiento de sus patologías de la importancia de la osteoporosis inducida por los mismos y el riesgo de fractura: Conseguido.
2. Elaboración de un protocolo de manejo sencillo de la OIC y difusión: Conseguido.
3. Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos: En proceso. Monitorizado el cumplimiento del protocolo, en espera de poder evaluar el impacto sobre el porcentaje de fracturas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso de corticoides en tratamientos prolongados es frecuente pero la valoración y prevención de la OIC es baja. Las fracturas suponen una consecuencia grave con deterioro funcional y aumento de mortalidad en nuestros pacientes. Al iniciarse un tratamiento con corticoides debe tenerse en cuenta, cuánto tiempo y a que dosis, aproximadamente, se va a mantener el tratamiento con esteroides orales así como el estado clínico del paciente. En todos los casos, es aconsejable la indicación de medidas generales, y en casos de riesgo moderado o alto añadir medidas farmacológicas.

7. OBSERVACIONES.

Hasta el momento no se ha podido valorar el impacto sobre la reducción de fracturas tras de la realización del protocolo ya que como decíamos los pacientes valorados en el periodo de realización del proyecto continúan en su mayoría con tratamiento corticoideo por lo que deberán evaluarse más adelante.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/411 ===== ***

Nº de registro: 0411

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0411

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)

Autores:
OMISTE SANVICENTE TERESA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS, JIMENO GRIÑO CARMEN, CARMONA ESCRIBANO VALLE, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, LAHOZ LASALA CLARA, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, GARCIA MAGALLON BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Prevención/Detección precoz

PROBLEMA
El amplio uso de los corticoides ha hecho que la osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC) sea la principal causa de osteoporosis asociada a fármacos; por lo que constituye, un problema sanitario de gran magnitud. Los corticoides son una medicación de uso frecuente tanto en Atención primaria como durante la hospitalización; sin embargo, menos del 7 al 14% de los enfermos, según las series publicadas, reciben algún tipo de tratamiento para evitar la pérdida de masa ósea. Es fundamental el reconocimiento de este problema y la actuación precoz debido a las consecuencias deletéreas de los glucocorticoides sobre el hueso.
La prevención de la osteoporosis inducida por glucocorticoides resulta coste-efectiva especialmente porque el tratamiento puede limitarse al período de exposición a los corticoides, cuando el riesgo de fractura es mayor y la fractura puede suceder muy pronto.
El objetivo es elaborar un documento basado en la evidencia para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en adultos, evitando a largo plazo la principal complicación: las fracturas.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos.

MÉTODO

-Revisión de la literatura y elaboración del protocolo. Nos basaremos fundamentalmente en la última guía de la SEIOMM (Sociedad Española de Investigación ósea y metabolismo mineral) y Clinician's Guide to prevention and treatment of Osteoporosis entre otras actualizaciones relacionadas con el tema.
-Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas entre los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides : Medicina Interna, Reumatología, Neurología, Neumología y Oftalmología, Dermatología y Medicina de familia.

INDICADORES

- Realización de protocolo escrito y resumen de bolsillo para difusión entre los diferentes especialistas implicados.
- Recogida de datos para comprobar su cumplimiento mediante revisión de documentación clínica e historia clínica electrónica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo.

DURACIÓN

Enero 2016 elaboración del protocolo
Febrero 2016 difusión del mismo mediante sesiones clínicas
Junio 2016 recogida de datos para comprobar su cumplimiento

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA AUXILIADORA MARTINEZ PANZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entrega de la Guía de Práctica Clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP
Reunión de los miembros del equipo donde
- se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química.
-se revisa la presentación protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
- se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como es un proyecto en elaboración no ha sido posible la medición de los los resultados a través de los indicadores seleccionados:
- Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
Porcentaje de paciente con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
Media del numero de vías periféricas por paciente durante el episodio por servido médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el estudio de la Guía Clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

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: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.

Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta. Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.

Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.

Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)

Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)

Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.

Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.

Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.

Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE CLARA NAVARRO PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGLERA BALLO LORENA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BESCOS LACAMBRA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Entrega de la guía de práctica clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
-Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación de flebitis 2ª a CVP
-Reunión de los miembros del equipo donde:
-se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química
-se revisa la presentación de protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
-se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como es un proyecto en elaboración, no ha sido posible la medición de los resultados a través de los indicadores seleccionados:

-Existencia de la guía de práctica clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
-Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
-Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
-Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el estudio de la guía clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.

La memoria de seguimiento estaba entregada, pero como hay cambios respecto al responsable y componentes del equipo volvemos a enviarla.

El calendario previsto para 2018/2019 sería:

-Abril- mayo 2018: revisión por el equipo de mejora de los protocolos actuales y modificarlos en base a la guía de práctica clínica y conocer el listado de medicamentos más irritantes por vía EV
-Octubre-Noviembre 2018: presentación de las recomendaciones a los profesionales de las unidades sobre los medicamentos irritantes y recomendaciones de la guía de la práctica clínica (formación) e implementación del proyecto
-Enero 2019: evaluación de indicadores

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.

Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0194

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCES CATALAN YOLANDA
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
SALVATIERRA DOMPER SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Septiembre del año 2016, se solicito al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y al laboratorio de Jaca, información sobre pacientes con resultados positivos a GMR (número de historia clínica, germen con resultado positivo y resistencia y fecha del resultado) del periodo comprendido de Septiembre del año 2015 a Septiembre del año 2016. Con esta información se elaboro una base de datos para realizar las búsquedas a partir del número de historia o de los apellidos y los nombres de los pacientes que habían ingresado en el hospital.

Para dar una continuidad a dicha base de datos, acordamos con el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca, que todos los lunes, nos enviarían un Excel con los datos, de todos los resultados positivos a GMR que habían obtenido la semana anterior, para posteriormente revisar dichos resultados, compararlos con la base de datos elaborada y poder realizar las modificaciones oportunas.

El listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital, lo obtuvimos a partir del programa HIS. En octubre se puso en marcha el proyecto, y empezamos a revisar diariamente, si alguno de los pacientes que había ingresado en el hospital tenía algún cultivo positivo a algún GMR y precisaba precauciones de contacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

Pacientes que ingresaron con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ N° de pacientes que ingresaron con sospecha de colonización o infección de GMR = 37/108=0,34

Media de días que un paciente está ingresado sin precauciones = 1 día

El método de obtención de dichos datos fue mediante el registro en una base datos de las siguientes variables: declaración del GMR (base de datos o urgencias), fecha de ingreso y fecha de aislamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dicho proyecto de mejora sigue siendo utilizado actualmente en el Hospital San Jorge y se ha puesto en marcha en el Hospital de Jaca. Además, dicha base de datos ha sido de gran utilidad para conocer que pacientes con sospecha de presentar un GMR va a ser intervenido quirúrgicamente y adoptar las medidas oportunas en dicho bloque quirúrgico para evitar la diseminación de dichos gérmenes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/194 ===== ***

Nº de registro: 0194

Título
MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, GARCES CATALAN YOLANDA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, TORRES SOPENA LUIS

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 .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0194

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Algunos pacientes atendidos en el hospital son especialmente vulnerables a ser colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes (GMR). La resistencia antibiótica es un factor que repercute en la evolución del paciente y en el consumo de recursos dentro de las unidades planteando actualmente un problema de Salud Pública por la morbilidad y mortalidad que ocasionan pero también por el coste económico y social que suponen. En la aparición y difusión de resistencia a antibióticos confluyen dos factores fundamentales: las medidas de control de colonización/infección y la presión selectiva de los antimicrobianos. Para poder limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados, es fundamental identificar precozmente a los pacientes colonizados y/o infectados por GMR que ingresan en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivos nos planteamos:

- 1.- Crear un entorno seguro para todos los pacientes.
- 2.- Evitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

MÉTODO

- Elaborar una base de datos con todas las personas a los que se les ha aislado un GMR en alguno de los cultivos obtenidos en el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca.
- Obtener un registro diario de todos los pacientes que han sido hospitalizados en el hospital.
- Revisar diariamente si alguno de los pacientes que ha ingresado en el hospital tiene algún cultivo positivo a algún GMR y precisa precauciones de contacto.

INDICADORES

- Pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ N° de pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR
- Media de días que un paciente esta ingresado sin precauciones.

DURACIÓN

- SEPTIEMBRE:
 - o Solicitar la base de datos de GMR al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y formular junto a ellos estrategias para poder incluir en la base de datos los cultivos positivos a GMR que van obteniendo en su trabajo diario.
 - o Obtener información sobre la forma de cómo conseguir un listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital el día anterior.
 - o Forma de tener acceso diario a ese listado.
- OCTUBRE: Puesta en marcha del proyecto de mejora
- MARZO: Análisis de los resultados y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Pretendemos que se instauren lo antes posible, las precauciones necesarias para limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRES SOPENA LUIS
BELLIDO RUIZ ROSARIO
ARCOS GALEOTE ANGELA
ALOS CORONAS ELENA
MAIRAL CLAVER PILAR
LUIS GRACIA ANA
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? El 15 de junio de 2018 se realiza reunión con Supervisoras y Coordinadoras de Enfermería del Hospital San Jorge y del Hospital Provincial para dar a conocer el Manual de Toma de Muestras; se invita a leerlo y plantear las dudas surgidas en la próxima reunión.

? El 28 de junio de 2018: se realiza reunión con Supervisoras de Enfermería para resolver dudas del Manual de Toma de Muestras.

? 21 noviembre 2018: reunión de Facultativos de Microbiología y Supervisoras de Enfermería del Hospital San Jorge y Hospital Provincial; se recogen por escrito las dudas/puntualizaciones sobre el Manual de Toma de Muestras. Desde el Servicio de Microbiología se plantea realizar un póster para colgar en Controles de Enfermería de las plantas de hospitalización donde figuren los contenedores, muestras y temperaturas de conservación de las principales muestras enviadas a Microbiología. Asimismo se presentan los datos de las incidencias relacionadas con la toma y envío de muestras de cada Servicio.

? Diciembre 2018-enero 2019: Recuento de las incidencias registradas en el Laboratorio sobre las muestras mal recogidas o transportadas recibidas en Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? Se medirán el número de consultas realizadas al Laboratorio de Microbiología respecto a la toma, conservación y transporte de las muestras una vez publicado el manual en la intranet del Sector (<2% del total de muestras).

6 consultas/ 22416 total muestras=0.02%

? Se medirán el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).

73 muestras inadecuadas/22416 =0.32%

? Se medirán el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).

4 muestras mal transportadas/22416= 0.01%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad que desarrolla el Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas. Este diagnóstico depende de la calidad de la muestra clínica recibida en el Laboratorio; por ello las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la Intranet del Sector es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

Creemos que las reuniones mantenidas durante este año, así como el feed back recibido del personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras al Laboratorio, contribuirán a mejorar este Manual, permitiendo que sea un documento activo y sobre todo útil para conseguir un correcto diagnóstico microbiológico y un adecuado tratamiento antibiótico de cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/72 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINELO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS
Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO
Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES
Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o transporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal transportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN
La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRES SOPENA LUIS
MAIRAL CLAVER PILAR
BELLIDO RUIZ ROSARIO
MATINERO BENITO LOURDES
NIETO CHUPS VIRGINIA
PEREZ SANCHEZ DIEGO
MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De las actividades planificadas solamente se ha realizado el Manual de toma de muestras para Microbiología. Esto se ha debido a varias circunstancias:

- La responsable del Proyecto, Ana Milagro, debido a la oferta de plaza de interinidades, dejó su trabajo en el Hospital San Jorge para ir al Servicio de Microbiología del Hospital Miguel Servet.

- La realización del Manual de toma de muestras se ha retrasado debido a los cambios que se han ido sucediendo en el Servicio de Microbiología en cuanto a la sistemática de recogida de las muestras; se han ido cambiando reactivos y procedimientos. Por este motivo no ha sido posible finalizarlo hasta finales del año 2017. El resto de las actividades, al depender de la disponibilidad del Manual, no se han realizado, pero quedan pendientes para poder ser continuadas en un segundo proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el Manual de toma de muestras de Microbiología y se ha enviado a la Dirección del Hospital, habiendo sido aprobado para su difusión en la intranet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización como consulta del Manual de toma de muestras por parte del personal de Enfermería y por parte de los facultativos puede redundar en una mejora ostensible en cuanto al diagnóstico de los diferentes procesos infecciosos. Está claro que, cuanto mejor es la toma de una muestra biológica, más probabilidades se tienen de hacer un correcto diagnóstico. A su vez, se va a favorecer un diagnóstico más rápido, un tratamiento más dirigido y una mejor eficacia y eficiencia en la gestión de tratamientos antimicrobianos. La base de un buen diagnóstico microbiológico es una buena muestra.

7. OBSERVACIONES.

Quisiera hacer constar que, debido a que la responsable del Proyecto, Ana Milagro, por motivos de movilidad laboral, tuvo que trasladarse a otro Hospital de nuestra Comunidad, no pudo realizar el seguimiento de este Proyecto. Por lo tanto, he sido yo, Luis Torres Sopena, responsable del Servicio de Microbiología del Hospital San Jorge de Huesca, el que ha cumplimentado los datos arriba solicitados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/72 ===== ***

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINERO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS

Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO

Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES

Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o transporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal transportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN

La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAIRAL CLAVER PILAR
SECORUN PACO CRISTINA
GONZALEZ RIOS ISABEL
MALO PINTADO SUSANA
LUIS GRACIA ANA
PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION
PALACIO SIN MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una Guía para recoger los mantenimientos de los equipos e incorporar los procedimientos necesarios para realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo. Se ha codificado con el código...y está disponible en la intranet, como documento de calidad según la NORMA UNE-EN ISO 15189.

En primer lugar, se codificaron todos los equipos en el módulo de calidad del SIL del Laboratorio de Microbiología y, a continuación, se programaron los diferentes mantenimientos correspondientes a los diferentes equipos. A continuación, se realizó un taller y una sesión en la Unidad para explicar el funcionamiento del módulo de calidad del programa informático del Laboratorio en donde se van a realizar los registros y la forma de registrarlos.

Se ha ido haciendo evaluación trimestral cumpliendo el indicador de >90% del mantenimiento de los equipos realizado.

Igualmente, se han medido las desviaciones detectadas, tanto en auditorías internas como externas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la Guía de mantenimiento de equipos, que está disponible en la intranet, junto con el resto de los documentos relacionados con la acreditación UNE-EN ISO 15189.

Se han alcanzado el resto de los objetivos propuestos: codificación de los equipos, realización del taller y la sesión en el Laboratorio, seguimiento trimestral de los registros de mantenimiento en los que se ha cumplido el indicador y no se han detectado desviaciones en las auditorías interna y externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la aplicación de la Guía en la Laboratorio se ha conseguido implementar la dinámica del registro de los mantenimientos de equipos y favorecer la detección de posibles anomalías en los mismos precozmente y poder aplicar un tratamiento correctivo de una forma rápida.

Igualmente, se han quitado los registros en papel en hojas Excel anteriores a la utilización del módulo de calidad del SIL del Laboratorio, haciendo un uso más ecológico de los recursos.

7. OBSERVACIONES.

Quisiera hacer constar que, debido a que la responsable del Proyecto, Marisa Monforte, por motivos de movilidad laboral, tuvo que trasladarse a otro Hospital de nuestra Comunidad, no pudo realizar el seguimiento de este Proyecto. Por lo tanto, he sido yo, Luis Torres Sopena, responsable del Servicio de Microbiología del Hospital San Jorge de Huesca, el que ha cumplimentado los datos arriba solicitados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/743 ===== ***

Nº de registro: 0743

Título
INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, MAIRAL CLAVER PILAR, SECORUN PACO CRISTINA, GONZALEZ RIOS ISABEL, MALO PINTADO SUSANA, LUIS GRACIA ANA, PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los equipos que integran el L. de Microbiología exigen una inversión considerable y muchas veces tienen altos costes de mantenimiento correctivo. Por lo tanto, es importante contar con un programa de mantenimiento preventivo, adecuadamente planificado y gestionado, que garantice el correcto funcionamiento. Un programa de este tipo prolonga la vida útil de los equipos y minimiza los costes relacionados con su utilización. Es a su vez, requisito de la NORMA UNE EN ISO 15189 en la que el L. de Microbiología del Hospital General San Jorge de Huesca está acreditado.

Una estrategia de mantenimiento preventivo incluye procedimientos tanto de inspección de funcionamiento como de limpieza de los diferentes elementos/componentes del equipo. Las inspecciones de seguridad, en ocasiones, deben realizarse por personal externo al L. de Microbiología como Electromedicina (calibración de pipetas, datalogger, sondas...), y el Laboratorio debe guardar registro de dichas actividades. Las inspecciones de funcionamiento aseguran que el equipo funcione correctamente y el mantenimiento preventivo, propiamente dicho, que es llevado a cabo por los miembros del L. de Microbiología y se realiza con el fin de prolongar la vida útil de los equipos y reducir la frecuencia de desperfectos.

Además, el adecuado estado de conservación de los mismos, garantiza la seguridad y prevención de contaminaciones, tanto para el personal, como en el caso de las cabinas de flujo laminar, que previenen la contaminación del personal que manipula las muestras de riesgo Biológico de nivel 2 como Mycobacterium tuberculosis, Virus de la Gripe, etc. Como en el caso de las estufas para incubación de medios de cultivo, en los que la contaminación por hongos filamentosos puede originar graves problemas de contaminación entre muestras con las consiguientes dificultades diagnósticas

Un programa eficaz de mantenimiento preventivo exige planificación, gestión y ejecución adecuadas. La ejecución apropiada del programa es esencial para garantizar el funcionamiento óptimo de los equipos. Para cumplir dichos requerimientos se propone realizar una guía en la que se recojan los mantenimientos de los equipos y que incorpore los procedimientos necesarios a realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo.

El programa informático del L. de Microbiología SIGLO permite configurar la planificación y registro de dicho mantenimiento, para ello es necesario la codificación de los equipos, e introducción en el programa tanto del equipo como el tipo de mantenimiento, la frecuencia y el personal encargado.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar y mejorar los mantenimientos de los equipos gracias al programa informático SIGLO, en el que se puede programar un sistema de registro (cumplimiento de la trazabilidad) y de alarmas (cumplimiento de la planificación) que facilitan la dinámica del trabajo del Laboratorio, ayudando a mantener los equipos en las mejores condiciones posibles y garantizando, también, que se cumplan los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad NORMA UNE EN ISO 15189

MÉTODO

La responsable de Calidad del Laboratorio junto con el personal que se requiera, realiza, actualiza y difunde la guía de uso del módulo Mantenimientos del sistema SIGLO en Sesión de Servicio

Se realizará un Taller en el que se explique de forma práctica los mantenimientos necesarios. Este taller será dirigido por los miembros del personal que realiza de forma habitual el mantenimiento

El resto del personal realiza los mantenimientos y los registra en el Sistema informático SIGLO

INDICADORES

Indicador 1: Elaboración de la Guía

Indicador 2: Codificación e Introducción de los equipos y sus mantenimientos al sistema informático del L. de Microbiología

Indicador 3: Realización de Sesión de Servicio y Taller sobre mantenimientos preventivos para los equipos que sean necesarios

Indicador 4: Evaluación trimestral de realización >90% de los mantenimientos realizados en los equipos

Indicador 5: Ausencia de desviaciones en relación a mantenimientos preventivos de equipos tanto en auditoria externa como interna

DURACIÓN

1 año. Las fechas serán aproximadas

Inicio: octubre 2016 final diciembre 2016: Elaboración de guía de mantenimiento preventivo de equipos.

Codificación de equipos e Introducción de códigos y mantenimientos en Sistema Informático del Laboratorio

Enero 2016: Difusión y Formación a los profesionales de Microbiología en sesión del Servicio y Taller en los equipos que sea necesario

Desde Enero: Registro durante el año de todos los mantenimientos preventivos realizados en el L. de Microbiología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ELDUQUE PALOMO AMADEO
LABARTA MONZON LORENZO
MEJIA ESCOLANO DAVID
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, durante el año, informando desde Microbiología los casos positivos e indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso.
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca del año 2017
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2017
- Realización de dos cursos de formación en PROA para FEA y MIR: fechas 17 de abril y 4 de diciembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: 99%. Se considera un resultado favorable =70%
- Tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al Grupo PROA: 100% inferior a 24 horas. El tiempo medio ha sido de una hora. Se considera un resultado favorable un tiempo inferior o igual a 24 horas en el 70% de las bacteriemias.
- Se han realizado dos sesiones formativas: una el 17 de abril de 2018 y otra el 4 de diciembre de 2018.
- Porcentaje de tratamientos empíricos adecuados global: este parámetro es difícil de valorar ya que, en algunas ocasiones, no figura el episodio inicial en las historias clínicas y puede crear confusión. Aun así, se ha valorado en los que los datos estaban disponibles y ha sido de un 52%, mayor del 50% propuesto.
- Mortalidad cruda a los 14 días: la mortalidad de los pacientes con bacteriemia ha sido del 14,7%
- La estancia media hospitalaria hasta el alta ha sido de 15 días, con una mediana de 10 días.
- Mapa de resistencias de 2017: realizado en mayo de 2018.
- Medición del consumo de antibióticos: está disponible en la intranet del Sector el consumo en DDD/100 estancias correspondiente a los años 2015, 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar. Desde la implantación del PROA en el Hospital se ha mejorado la asistencia a los pacientes con bacteriemia, realizándose un diagnóstico y tratamiento precoz y más dirigido. De la misma manera, en aquellos pacientes a los que se le dio el alta desde Urgencias, fueron localizados y monitorizados para valorar el tratamiento administrado y la necesidad o no de volver al hospital para evaluar la situación clínica. Todo ello ha supuesto una gran mejora asistencial. Por otro lado, se ha mejorado la prescripción antibiótica debido a la mayor concienciación del personal facultativo en el buen uso de antimicrobianos. Pero todo ello debe ser monitorizado a lo largo de estos años e ir corrigiendo aquellas situaciones con opciones de mejora, sobre todo las pautas de tratamiento que se pueden ir ajustando a las necesidades de cada paciente y evitar dosificaciones alargadas en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

El principal problema que tienen estos proyectos es la falta de tiempo destinado a la recogida de datos y seguimiento de pacientes. Esto es así por la falta de medios, sobre todo humanos, y la alta presión asistencial. Por ello, sería conveniente poder destinar más tiempo de personal para poder avanzar de una forma más rápida en la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.

- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:

- 1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
- 2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia
- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO
ELDUQUE PALOMO AMADEO
MEJIA ESCOLANO DAVID
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca de 2018.
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca
- Realizar dos cursos de formación en PROA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Presentación del Mapa de resistencias del Sector de Huesca en 2018:S/N. Presentado en sesión clínica del Hospital el 17/10/2019. Objetivo cumplido.
- Informe del consumo de antibióticos en 2018: S/N. Se ha realizado un informe que disponible en la intranet del Sector de Huesca. Objetivo cumplido.
- Seguimiento de bacteriemias y vigilancia de microorganismos multi-resistentes: =80% Se han informado el total de bacteriemias y el total de microorganismos multi-resistentes (100%). Objetivo cumplido.
- Medir mortalidad cruda a los 14 días: S/N. Se ha detectado una mortalidad del 4,4%. Objetivo cumplido.
- Medir estancia media hospitalaria: S/N. La estancia media ha sido de 13 días, con una mediana de 8 días. Objetivo cumplido.
- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: =80%. El % de pacientes atendidos ha sido del 98,1%. Objetivo cumplido.
- Medición del tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al grupo de PROA: =24 h. El 100% ha sido inferior a 24 horas. Objetivo cumplido.
- Realización del Documento PROA S/N. Se ha realizado el Documento de PROA que está disponible en la intranet del Sector. Objetivo cumplido.
- Designar FEAs de enlace de diferentes Servicios/Unidades que más relación tienen con la prescripción de antimicrobianos. Al menos 5 FEAs. Se han designado 15 FEAs de 15 servicios/unidades diferentes, incluyendo Hospital Sagrado Corazón. Objetivo cumplido.
- Realizar dos sesiones formativas en el año. S/N. Se han realizado dos sesiones de formación: una relacionada con las infecciones del tracto urinario (23/05/2019) otra relacionada con las infecciones del tracto respiratorio superior (4/12/2019). Objetivo cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.

- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados

- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
 - 1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
 - 2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
OMISTE SANVICENTE TERESA
LABARTA MONZON LORENZO
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho una evaluación de las necesidades en cuanto a medios, equipamiento, recursos y personal.
Se ha realizado una presentación del Programa de PROA en el Hospital, en sesión clínica, para todos los facultativos y residentes.
Se ha hecho una evaluación del consumo de antibióticos.
Se han sacado los resultados de las DDD/100 estancias.
Se ha realizado el mapa de resistencias correspondiente al año 2016.
Se ha realizado la Guía de Tratamiento antibiótico del Hospital.
Se han monitorizado las bacteriemias diagnosticadas y se ha realizado el seguimiento de los pacientes. Se comunicaba la positividad de los hemocultivos a los miembros del PROA y estos, a su vez, lo comunicaban a los facultativos responsables de los pacientes afectados. De esta manera se comenzaba un tratamiento más dirigido y precoz. Lo mismo con los pacientes de Atención Primaria: se contactaba al médico de AP para que hiciera un seguimiento estrecho de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Finalización de la Guía de tratamiento antibiótico del Hospital.
Se han obtenido las DDD/100 estancias, para poder comparar los resultados en los años siguientes.
Se ha obtenido el consumo de antibióticos para poder hacer un seguimiento tras aplicar las estrategias de PROA.
Con el mapa de resistencias se podrá observar la evolución de las mismas a lo largo de los años y, de esta manera, ver si el PROA está siendo efectivo.
Queda pendiente la medición de la mortalidad a los 14 días por bacteriemias; este dato es más complicado de obtener y se están revisando las historias de los pacientes para terminar de completar el seguimiento durante el año 2017.
Se ha disminuido el tiempo de diagnóstico de las bacteriemias ya que, desde que se ha implantado el seguimiento de estos pacientes, en menos de media hora son localizados y tratados de forma dirigida, bien dejando el tratamiento antibiótico inicial o bien, en cada caso, cambiarlo por uno más adecuado a los microorganismos detectados.
En estos momentos se está diseñando una encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los grupos de trabajo PROA pueden ser altamente eficaces y eficientes en la toma de decisiones para tratar correctamente a los pacientes. Esto, a su vez, va a redundar en un mejor manejo de antibióticos, logrando una menor aparición de resistencias.
Igualmente, se han quitado los registros en papel en hojas Excel anteriores a la utilización del módulo de calidad del SIL del Laboratorio, haciendo un uso más ecológico de los recursos.

7. OBSERVACIONES.

.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.

- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias).

Caracterización de mecanismos de resistencia

- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.

- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016

- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI

- Ene-2017: programar objetivos

- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)

- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)

- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)

- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)

- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.

- Formación MIR: comienzo con año académico.

- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).

- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0765

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE INES BEIRED VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
BERGUA AMORES CARLOS
MUNGUIA NAVARRO PAULA
LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL
UTRILLA PEREZ MARTA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo establecido se consensuó con el equipo de enfermería integrante en este proyecto la manera de valorar, prevenir y tratar los orificios de salida de los catéteres permanentes (CTP). Posteriormente se ha realizado un protocolo de actuación según el estado (grado) de los orificios de salida (OS). Para la elaboración de dicho protocolo se ha realizado un póster con imágenes de OS de CTP en distinto grado de estado junto con la actuación requerida en cada situación como apoyo visual para todo el personal implicado en el cuidado de los CTP de la unidad de hemodiálisis. El registro del estado de los OS se ha apuntado en la historia electrónica del sistema informático Nefrolink.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se han valorado un total de 1179 veces los OS de 31 CTP (en el 100% de los casos). Según protocolo se han recogido 17 frotis para cultivo, siendo el 0,015% de las valoraciones sospechas de infección. Sólo en el 17% se ha evidenciado crecimiento bacteriano, siendo en todos ellos S. epidermidis. En una paciente se ha retirado el catéter por infección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra unidad de hemodiálisis tenemos muy pocas infecciones relacionadas con CTP a pesar de tener un alto porcentaje como acceso vascular permanente y definitivo. Esto posiblemente sea debido al exhaustivo y minucioso trabajo que se lleva realizando desde hace tiempo en este campo de la nefrología en nuestro servicio (ya se realizó un proyecto para la implantación del catéter y otro para la conexión y desconexión de los pacientes), lo que muestra la alta sensibilidad del personal sanitario de la unidad en este aspecto y los buenos resultados obtenidos. Como conclusión, destacar la importancia de realizar protocolos en colaboración con enfermería respecto al cuidado y tratamiento del paciente.

7. OBSERVACIONES.

No se ha podido realizar la cronología inicial debido a que la aprobación del plan de mejora no se comunicó. Se han obtenido los resultados de todo el año 2017.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/765 ===== ***

Nº de registro: 0765

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Autores:
BEIRED VAL INES, FELEZ JUSTES ISABEL, BERGUA AMORES CARLOS, VIRTO RUIZ RAFAEL, LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0765

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia y prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica que precisa de tratamiento renal sustitutivo (TRS) está aumentando cada año. De estos pacientes en TRS más del 40% están en hemodiálisis y menos del 10% en diálisis peritoneal (resto de pacientes son trasplantados renales). Actualmente, en casi todas las unidades de hemodiálisis de España existe una gran prevalencia de catéteres permanentes tunelizados (CPT) como acceso vascular definitivo.

El objetivo de los CPT es proporcionar un flujo sanguíneo adecuado para una diálisis eficaz. Tanto su colocación como su monitorización, atendiendo a las complicaciones que puedan surgir como las infecciones y la disfunción del catéter, son responsabilidad del personal sanitario de la unidad de hemodiálisis, por lo que es imprescindible la elaboración de protocolos para detectarlas, prevenirlas y tratarlas.

Es de gran importancia hacer hincapié en el control de los orificios de salida de los CPT y del túnel subcutáneo, puesto que son la puerta de entrada de las infecciones, y una infección de dichos orificios o del túnel es la causa más frecuente de sepsis de origen en el catéter, causa de disfunción del CPT por desplazamiento de éste y pérdida del acceso vascular.

Actualmente, en España no existen protocolos ni criterios estandarizados para la valoración de los orificios de salida de los CPT y cada hospital elabora los suyos propios, lo que contrasta con el manejo de la diálisis peritoneal donde sí existen desde 1996. (Criterios de Twardowski).

Por todo ello, el Servicio de Nefrología considera imprescindible la elaboración de un protocolo para el cuidado de los orificios de salida de manera similar a lo que se hace en diálisis peritoneal.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolizar y estandarizar la valoración, prevención y tratamiento de los orificios de salida de los CPT de hemodiálisis. Disminuir el número de infecciones de los CPT en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de los CPT.

MÉTODO

En una primera fase, elaboración de un protocolo en el que se establecerán:

- 1) los criterios de los distintos grados del estado (aspecto) de los orificios
- 2) la frecuencia en su graduación y 3) el manejo y tratamiento de los orificios según el grado.

En una segunda fase, se instruirá al personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis mediante la elaboración de un póster con los criterios y el manejo establecidos con apoyo visual (fotografías de los distintos grados de orificios), para unificar visualmente los criterios.

INDICADORES

Porcentaje de oportunidades en las que se ha aplicado el protocolo, (número de oportunidades en las que se debe aplicar el protocolo respecto al número de veces en las que se ha aplicado), mediante un registro. Porcentaje de infecciones relacionadas con el CPT respecto al número de pacientes portadores de catéter. Porcentaje de CPT retirados por infección del mismo.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo e instrucción: noviembre de 2016.
Recogida de datos: diciembre de 2016- mayo de 2017.
Evaluación de los datos: junio de 2017.

OBSERVACIONES

Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis que porten un CPT.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU
LAGLERA BAILO LORENA
ANORO CASBAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una sesión formativa el día 6/10/2017 a la que asistieron el servicio de medicina interna, la comisión de seguridad clínica, otras especialidades médicas, miembros de servicio centrales como urgencias y farmacia y las supervisoras de enfermería de la quinta y sexta planta. Aquellos servicios que por motivos de logística no pudieron asistir se les informó y aportó material relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La sesión formativa se realizó mediante exposición con medios audiovisuales (power point) y fue impartida por la responsable del proyecto, Isabel Félez. De ser necesario se aportará el material audiovisual. En estas mismas sesiones se ha recordado la importancia de la seguridad clínica unida a la prescripción

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos han sido facilitados por el servicio de farmacia, enumeraremos por objetivos esperados, por valor de indicadores y resultados
1/OBJETIVO: Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, entre enfermería y el servicio de farmacia hospitalaria. INDICADOR: Proporción del número de validaciones realizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones entre las 8 a 16h. RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017: 8 a 13 h 24035 validaciones, 13 a 16 h 26828 validaciones. $24035/26828*100= 89.6\%$ NOVIEMBRE 2017: 8 a 13 h 21040 validaciones, 13 a 16 h 24773 validaciones $21040/24773*100= 85\%$
2/OBJETIVO Uso correcto del texto asociado. INDICADOR: Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado (incluye añadir fármacos incluidos en guía farmacia y pautados en texto asociados, adecuación de pautas irregulares y sustitución de fármacos no incluidos en guía por equivalentes terapéuticos): RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017 $28/71*100=39.43\%$ NOVIEMBRE 2017 $17/71*100=24\%$
3/OBJETIVO: Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración. INDICADOR: Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias. RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017 $16/71*100=22.53\%$ NOVIEMBRE 2017 $21/71*100=29.6\%$
Expuestos los resultados de forma general observamos una leve mejoría de los indicadores calculados posterior a la intervención, por lo que podemos concluir en líneas generales que la intervención en la mejora de la prescripción aunque escasamente ha contribuido de forma favorable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejora en la prescripción electrónica es un arduo trabajo que precisa la implicación de todo el personal sanitario y la coordinación con el servicio de farmacia. La buena realización de estas prácticas genera en primer lugar el beneficio para el paciente, evita la realización de trabajo innecesario tanto por enfermería como por el servicio de farmacia y en último lugar, y no por ello menos importante, garantiza la seguridad clínica en el paciente.

Es necesario continuar de forma reglada con las sesiones de formación e implicar a todos los servicios en su desarrollo. Sugeriría que se incluyera en las sesiones de formación de los residentes y de especial importancia para su cumplimentación que se incluyera en los contratos de gestión de cada servicio dada su relevancia.

7. OBSERVACIONES.

Es importante destacar que el proyecto no ha seguido la cronología inicial debido a que la aprobación del plan de mejora no se comunicó. Destacaremos que los indicadores previos a la intervención de mejora (que es la realización de sesiones formativas) han sido tomados el mes de septiembre del 2017, la intervención se realiza a o largo del mes de octubre del 2017 y los indicadores postintervención en Noviembre 2017.

El plan viene desarrollado por parte de la comisión de seguridad clínica y mortalidad

*** ===== Resumen del proyecto 2016/799 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Nº de registro: 0799

Título
MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, MEJIA ESCOLANO DAVID, CUARTERO CASIN CRISTINA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, BERGUA MARTINEZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS, ESCARTIN LAPLANA ENMA, BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU

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: Cualquier tipo de patología dentro de las especialidades médicas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el conjunto de los eventos adversos que se producen en relación a la atención sanitaria, uno de los grupos mas importantes esta en relación con el uso del medicamento. En España entre un 1,4% a un 5,3% de los pacientes hospitalizados sufrieron durante su estancia hospitalaria eventos adversos motivados por errores en la medicación. Los principales tipos de errores fueron: la falta de prescripción de un medicamento necesario, la prescripción de dosis incorrectas o de un medicamento inadecuado, el seguimiento insuficiente del tratamiento y las interacciones entre los fármacos . La omisión fue el error mas frecuente en todos los procesos. Destacar que la segunda línea estratégica del plan nacional de la seguridad para el paciente 2015-2020 es la referente a las Prácticas Seguras y dentro de estas el primer objetivo es promover el uso seguro del medicamento, recomendando a su vez el uso de la prescripción electrónica La prescripción electrónica ha supuesto un gran avance en la seguridad del paciente pero no exento de errores. En nuestro centro hemos realizado un estudio descriptivo para identificar los eventos mas frecuentes en nuestro medio, constatando que en un número no despreciable de ocasiones son secundarios al uso de la herramienta informática .En este plan de mejora que se realiza en colaboración entre la Comisión de Seguridad Clínica y representantes de enfermería, del farmacia hospitalaria y especialidades médicas tiene como fin generar estrategias de trabajo para mejorar la Seguridad del Paciente con respecto a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS
1/•Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, enfermería y farmacia hospitalaria.
2/Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración.
3/Usos correctos del texto asociado
4/ Evitar el error utilizando el propio evento adverso.

MÉTODO
1/Formación del personal sanitario relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento estableciendo coordinación entre los diferentes niveles. De relevante importancia es que prescripción del tratamiento pueda ser revisado por el Servicio de Farmacia. Para ello las validaciones deberían realizarse antes de las 13,30 horas.
2/La prescripción electrónica tiene indudablemente grandes ventajas, pero se observan la intervención en numerosas ocasiones por el servicio de farmacia para corregir modificaciones de dosis, de vía o de forma galénica. Se propone que el fármaco al que queremos modificar algún parámetro lo suspendamos y lo prescribamos de nuevo.
3/Estandarización del texto asociado que incluya variables como género de vida, dieta, control de constantes u oxigenoterapia. De forma más específica cada especialidad añadirá las variables que considere .Evitar su uso para la prescripción de fármacos que estén incluidos en el vademécum del hospital. Revisar cada día el texto asociado, borrar todos aquellos epígrafes que no sean necesarios, haciéndolo más operativo.
4/Informar de los eventos adversos en relación al tratamiento. Comunicarlos a través del SINASP

INDICADORES
•Porcentaje del número de validaciones realizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones realizadas entre las de 8 a 16 h .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado con respecto al número de estancias hospitalarias .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias.
•Estudio comparativo entre la recogida de datos realizada antes y después de la intervención .

DURACIÓN
• Noviembre y Diciembre 2016: elaboración de sesiones informativas y presentación en las diferentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

especialidades médicas del plan de mejora

• Enero a Mayo del 2017 : Recogida de datos.

• Junio 2017 análisis de datos y estudio comparativo con respecto a los datos obtenidos previamente al plan de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0491

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

Fecha de entrada: 21/04/2018

2. RESPONSABLE MONTSERRAT REDOL LABARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANAGUSTIN PERIE CARMEN
LAVILLA ABRIL SHEILA
GALLEGO DOMECA MARIA ESTHER
OTAL ORDAS LUCIA
RUIZ OLLES ROSA MARIA
MERIDA CEBOLLERO JUAN
RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de dos trípticos con información completa sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los padres reciben el tríptico informativo.
En el momento del alta del RN durante los meses de noviembre y diciembre de 2017 se pregunta a los padres verbalmente por la utilidad del tríptico, ("Poco útil", "Útil", "Muy útil").
Encontrando que en el 90% de los padres consideran la medida como "Muy útil".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha tenido muy buena aceptación por parte de los padres que consideran la información contenida muy útil.
El proyecto tiene un coste económico mínimo únicamente el derivado de la impresión por parte del Servicio de reprografía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/491 ===== ***

Nº de registro: 0491

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

Autores:
REDOL LABARTA MONTSERRAT, SANAGUSTIN PERIE CARMEN, LAVILLA ABRIL SHEILA, GALLEGO DOMECA MARIA ESTHER, OTAL ORDAS LUCIA, RUIZ OLLES ROSA MARIA, MERIDA CEBOLLERO JUAN, RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La utilidad del proyecto viene dada por la información recogida por el personal de Enfermería del Servicio de Neonatos, sobre la necesidad que tienen los padres que acaban de tener un hijo, de recibir toda la información relativa a los cuidados del recién nacido y conocer todas las actuaciones que se llevan a cabo con su hijo en los primeros días de vida en el hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0491

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

RESULTADOS ESPERADOS

- *Unificar la información que reciben los padres.
- *Informar de las actuaciones que se llevarán a cabo con su hijo mientras permanezcan en el hospital.
- *Fomentar la participación de los padres en el cuidado del recién nacido.

MÉTODO

Elaboración de dos trípticos con la información más completa posible sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

INDICADORES

- * Que el 100% de los padres de un recién nacido en este Hospital reciba el tríptico informativo.
- * Elaboración de una encuesta de satisfacción cuando llevemos un año desde la puesta en marcha del proyecto.

DURACIÓN

Desde la aceptación de este proyecto y sin fecha prevista de finalización si el proyecto cumple nuestras expectativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRIZ MUÑOZ ELENA
GARCIA SAEZ SANDRA
SOLER ALLUE SANDRA
BORDERIAS CLAU LUIS
GARRAPIZ LOPEZ JAVIER
CASTILLON FONTOVA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto es mejorar en el manejo del paciente con EPOC coordinando la Atención Primaria y la Atención Especializada. Para la cual estamos analizando los pacientes diagnosticados de EPOC en el Centro de Salud Pirineos de Huesca. En estos pacientes estamos analizando lo siguiente: - Si todos tienen su espirometría donde exista un patrón obstructivo (criterio diagnóstico de EPOC); - La comorbilidad del paciente EPOC y si esta bien tratada; sobre todo estamos estudiando la prevalencia de ansiedad-depresión en estos pacientes (siendo una comorbilidad que tiene un valor pronóstico importante, ¿se diagnostica y se trata de forma correcta); - Si esta bien catalogada la gravedad según escalas multidimensionales; - Número de exacerbaciones; - Determinación de alfa 1 antitripsina (todos los pacientes deben tener una determinación como mínimo); - Tratamiento prescrito; - Vacunación antineumocócica; Técnica inhalatoria (cuestionario validado TAI). Con estos resultados conoceremos como estamos manejando la EPOC y se comunicaran a los profesionales los posibles defectos detectados para mejorar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no tenemos resultados definitivos. No se pudo cumplir los plazos de inicio del proyecto porque, por motivos laborales tuvimos que retrasarlo. También nos llevo mucho tiempo recoger todos los pacientes diagnosticados de EPOC. Se elaboró una hoja de recogida de datos. Muchas espirometrías no estan localizadas en Atención Primaria, pues son diagnosticados en Atención Especializada, y entonces miramos si estan en la historia del Hospital, lo que también nos lleva más consumo de tiempo. Para la recogida de datos nos basamos en la historia clínica de Atención Primaria y en algunos casos, de la historia del Hospital. En la actualidad estamos recogiendo datos e introduciendolos en el programa informático. Esperamos terminar en 2-3 meses. Lo resultados provisionales recogidos hasta la fecha nos indican que, en líneas generales, tenemos bien diagnosticados los paciente EPOC, pero existen algunos defectos en el manejo. Estos resultados se comunicaran a los compañeros para sensibilizar a todos de la importancia de esta enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que tenemos hasta la fecha son provisionales, pero ya nos indican que van a tener una gran utilidad para mejorar el manejo del paciente EPOC y sensibilizar a todos los compañeros sobre los aspectos mas importantes de esta enfermedad (espirometría para diagnosticar, comorbilidades, clasificación de la gravedad, exacerbaciones, tratamiento, técnica inhalatoria, determinación de alfa 1 antitripsina, vacunación antineumocócica).

7. OBSERVACIONES.
HACEMOS UN CAMBIO EN EL EQUIPO DE MEJORA: En lugar de Agirre Gonzalez, Amaia se incluye Soler Allué, Sandra.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1253 ===== ***

Nº de registro: 1253

Título
PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Autores:
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN, BRIZ MUÑOZ ELENA, GARCIA SAEZ SANDRA, AGIRRE GONZALEZ AMAIA, BORDERIAS CLAU LUIS, GARRAPIZ LOPEZ JAVIER, CASTILLON FONTOVA ANTONIO, ARIZON MENDOZA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La espirometría es la prueba clave para el diagnóstico de la EPOC y se deben realizar mas exploraciones para mejorar el infradiagnóstico de la EPOC.
En la actualidad la mayoría de las sociedades científicas nacionales e internacionales recomiendan clasificar la gravedad de la EPOC con índices multidimensionales. Un aspecto importante en el manejo del paciente con EPOC son las comorbilidades que lleva asociadas esta enfermedad y que influyen en el tratamiento y en el pronóstico de la misma. Recalcar, pues, que el manejo diagnóstico del paciente con EPOC es más complejo que hace unos años. El tratamiento de la EPOC consiste fundamentalmente en la prescripción de broncodilatadores por vía inhalada. En los últimos años se han comercializado nuevos fármacos y sistemas de inhalación, lo que ha complicado el tratamiento de esta enfermedad.
Dado el elevado infradiagnóstico y la complejidad del manejo de la EPOC consideramos un factor clave la colaboración entre Atención Primaria y Neumología de nuestro Sector, que nos permita realizar un diagnóstico y tratamiento correcto del paciente con EPOC.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección precoz de la EPOC.
- Aumentar el número de pacientes con una clasificación de la gravedad según índices multidimensionales.
- Incrementar el número de pacientes que tienen una determinación de alfa 1 antitripsina.
- Aumentar la sensibilización sobre la importancia de las comorbilidades y exacerbaciones.
- Mejorar la técnica inhalatoria.
- Aumentar el número de pacientes vacunados frente al neumococo.

MÉTODO

Se realizará el proyecto de mejora entre la Atención Especializada de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge y el Centro de Salud Pirineos de Huesca, con pacientes pertenecientes a dicho Centro.

a) En pacientes sin diagnóstico previo de EPOC:

- Realización de espirometrías y test broncodilatador a los pacientes de 40 años o mayores con tabaquismo y síntomas respiratorios.

b) En Pacientes diagnosticados con anterioridad de EPOC:

- Clasificar la gravedad de los pacientes en función de índices multidimensionales.
- Valoración del CAT.
- Valoración de la comorbilidad mediante el Índice de Charlson.
- Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión.
- Determinación de los niveles de alfa 1 antitripsina.
- Prescripción de la vacuna antineumocócica.
- Realización del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI).

INDICADORES

Valoración antes y después de la puesta en marcha del proyecto de mejora de calidad.

- Número de espirometrías realizadas en los pacientes con factores de riesgo.
- Número de pacientes clasificados con índices multidimensionales.
- Evaluar la comorbilidad.
- Evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión.
- Número de determinaciones de la alfa 1 antitripsina.
- Número de profilaxis antineumocócica.
- Puntuación en el TAI.

DURACIÓN

- Abril-Mayo 2017: Redacción del programa de colaboración.
- Mayo-diciembre 2017: Comenzar a realizar espirometrías a la población con factores de riesgo. Ir revisando los pacientes ya diagnosticados de EPOC.
- Enero-febrero 2018: Análisis de los resultados y evaluación del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA SERAL MORAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA RUBIO SEBASTIAN
RUIZ PALOMINO PILAR
TORDESILLAS LIA CARLOS
BESTUE CARDIEL MARIA
ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2016 se inició el conocimiento de las diferentes plantillas disponibles en la Historia Clínica Electrónica: hoja de ingreso e informe de alta de ictus isquémico, ictus hemorrágico y accidente isquémico transitorio. Se analizaron sus diferentes apartados y escalas incluidas consensuadas por el grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón (PAIA).

Durante los seis meses siguientes (Enero - Junio 2017) se fueron utilizando las diferentes plantillas para los pacientes que ingresaron en el área de ictus del Hospital San Jorge. Ingresaron un total de 126 pacientes en dicho periodo. Durante la realización de sus informes de ingreso/alta se detectaron 12 problemas relacionados con la información/calidad de las mismas que fueron reportados al equipo informático del Salud de Aragón responsable de la implantación de la historia clínica para su conocimiento y posible subsanación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los primeros meses de 2017 se han pilotado todas las plantillas incluidas en la Historia Clínica Electrónica (HCE) para los pacientes ingresados por ictus en nuestra área. Se detectaron 12 problemas relacionados con la calidad/información de las plantillas que incluída que fueron reportados para su subsanación.

Durante el año 2017 se ha generalizado el uso de las diferentes plantillas informáticas en la Sección de Neurología del Hospital San Jorge, en el 100% de los pacientes ingresados. En la actualidad es la única herramienta con la que se trabaja para la realización de los informes de ingreso y alta de los pacientes afectados de ictus en nuestra área, tras haberla incluido en nuestra práctica clínica asistencial. Además estos informes están disponibles a través de la HCE para todos los facultativos involucrados en la atención sanitaria del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la introducción de plantillas estandarizadas en la atención al ictus se ha mejorado la asistencia y facilitado el trabajo diario de los facultativos al incrementar la calidad de los informes de ingreso/alta. Esto supone una importante mejora tanto en la continuidad asistencial con otros niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitales de larga estancia), así como, entre los diferentes sectores al estar disponible la información a través de la HCE.

La homogeneización de la atención/información incluída incrementa la seguridad y permite disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia

En el futuro cuando se haya implementado en todos los hospitales de nuestra comunidad permitirá evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1007 ===== ***

Nº de registro: 1007

Título
IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Autores:
SERAL MORAL MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, GARCIA RUBIO SEBASTIAN, RUIZ PALOMINO PILAR, TORDESILLAS LIA CARLOS, BESTUE CARDIEL MARIA, ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Ictus
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cerebrovascular supone aproximadamente un 50-60% de la patología hospitalaria atendida en Unidades de Neurología, por lo que las acciones sobre la misma tiene un elevado impacto en la asistencia.

En 2009 se pone en marcha en nuestra comunidad un grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón. Desde entonces la atención a esta patología ha experimentado un mejora continua tanto en morbimortalidad como en homogeneización de la asistencia entre los diferentes sectores.

La reciente implantación de la Historia Clínica Electrónica en nuestra comunidad ha supuesto y supone una importante oportunidad de mejora en estos aspectos al facilitar la información entre los distintos niveles asistenciales así como entre los diferentes sectores.

Durante el año 2015 el equipo informático del salud responsable de la implantación de la historia clínica (CGIPC) junto con el grupo de trabajo del Ictus han realizado plantillas específicas de los tres principales procesos de hospitalización de la patología cerebrovascular: Ictus isquémico, Ictus hemorrágico y Accidente isquémico Transitorio. Esto supone un importante avance al facilitar la asistencia a través de la normalización de procesos y usos de escalas con repercusión en práctica clínica, disminuir la variabilidad y mejorar la seguridad clínica. Además permite a través de su codificación la extracción de información relevante para su posterior evaluación con el fin de detectar problemas y oportunidades de mejora.

Desde la sección de Neurología del Hospital San Jorge vamos a llevar a cabo el pilotaje de estas plantillas con la finalidad de evaluar su aplicación en la práctica clínica y en el trabajo diario asistencial por parte de los facultativos, los beneficios en la homogeneización de la asistencia y la detección de posibles errores o información relevante no incluida, para su posterior ampliación al resto de Unidades de Neurología de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la asistencia ? Facilitar el trabajo diario de los facultativos (tras el proceso de entrenamiento) a través de herramientas incluidas en las plantillas. Incrementar la calidad de los informes de alta que repercutirá en la mejora entre la continuidad asistencial y entre sectores
2. Incrementar la seguridad ? Disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia
3. Permitir evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

MÉTODO

1. Incorporación progresiva de la utilización en la práctica clínica habitual de las diferentes plantillas disponibles: Informes de ingreso e Informes de alta de Ictus Isquémico, Ictus Hemorrágico y Accidente Isquémico Transitorio.
2. Detección y registro de posibles errores, información relevante no disponible o cambios en la plantilla que dificulten su utilización diaria.
3. Informar periódicamente de los problemas detectados a los responsables (Equipo informático y grupo de Ictus) para su evaluación y modificación según proceda

INDICADORES

- Pilotaje realizado de las diferentes plantillas Si/No
- Comunicación de problemas detectados y notificados (Si/No)
- Subsanación de problemas detectados (Si/No)
- Tasa de pacientes con Informe de alta específico de enfermedad cerebrovascular (objetivo > 75%)

DURACIÓN

Noviembre 2016: Conocimiento/Entrenamiento por parte de los facultativos de la sección de las diferentes plantillas y sus utilidades
Diciembre 2016-Mayo 2017: Pilotaje de las diferentes plantillas y comunicación continua de los problemas/posibilidades de mejora detectados para su subsanación
Junio 2017: Consolidación del uso de plantillas entre los facultativos de nuestro hospital en práctica clínica diaria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE OLALLA ALBERTI GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERAL MORAL MARIA
GARCIA RUBIO SEBASTIAN
RUIZ PALOMINO PILAR
TORDESILLAS LIA CARLOS
BLESA CLAVERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la mejora de la Atención al Ictus se constituyó un grupo multidisciplinar en el que han participado/participan activamente los Servicios de Urgencias, Radiología y Neurología. Hasta la fecha actual se ha actualizado el Protocolo de Manejo de Ictus en Área de Ictus del Hospital San Jorge y se ha elaborado con el Servicio de Radiología el Protocolo para la realización de Neuroimagen avanzada en la Atención urgente al ictus. Estando en el momento actual pendiente de derivación a Unidad de Calidad de nuestro sector.
El protocolo para la atención en Urgencias y Criterios de Derivación para trombectomía al centro de referencia está en proceso de actualización debido a los cambios que han acaecido en el último año (2017) en la Atención al Ictus por la evidencia científica disponible (ampliación de criterios para fibrinólisis y trombectomía) y los cambios en la Atención en nuestra comunidad (desde Noviembre de 2017 existe guardia de Neurovascular para la atención a los pacientes de nuestra comunidad).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha creado un equipo multidisciplinar del que forman parte facultativos de los Servicios de Radiología, Urgencias y Neurología.
Se ha actualizado el protocolo de Manejo en Área de Ictus
Se ha elaborado el protocolo para la realización de Neuroimagen avanzada en el Ictus.
Está en proceso la realización de Atención en Urgencias, criterios y vía para derivación para fibrinólisis y trombectomía mecánica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento actual se ha avanzado en la realización de protocolos para una atención de calidad a los pacientes con Ictus en nuestro sector.
Queda pendiente finalizar la vía de derivación a centro de referencia para el manejo del Ictus agudo, así como la difusión a los diferentes servicios de nuestro hospital que están en contacto con la patología y pasar los protocolos por la Unidad de Calidad de nuestro sector. Se ha propuesto como plazo de finalización Febrero de 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1009 ===== ***

Nº de registro: 1009

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Autores:
ALBERTI GONZALEZ OLALLA, MEJIA ESCOLANO DAVID, SERAL MORAL MARIA, GARCIA RUBIO SEBASTIAN, RUIZ PALOMINO PILAR, TORDESILLAS LIA CARLOS, BLESA CLAVERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Ictus en nuestro medio es la principal causa de discapacidad en el adulto, así como la principal causa de mortalidad en la mujer y la segunda en el hombre. En Aragón se cae en 2009 un grupo de trabajo para la mejora a la atención del Ictus multicéntrico que ha puesto en marcha la atención en fase aguda al Ictus de forma homogénea con aplicación de cuidados específicos que han demostrado disminuir la mortalidad y secuelas del mismo. Nuestro hospital participó de manera muy activa y en colaboración con los servicios de urgencias, radiología, nutrición y rehabilitación en la realización de protocolos de diagnóstico precoz de complicaciones y de cuidados en fase aguda que lograron disminuir la mortalidad desde el primer año de su instauración. En un segundo tiempo se puso en marcha en nuestro centro en 2011 el tratamiento fibrinolítico IV para aquellos pacientes candidatos (entorno a un 10%) que permite pisar de forma total o parcial en algunos casos el trombo causante del Ictus, obteniendo un tamaño lesional cerebral menor y por tanto mejor capacidad funcional final del paciente con un grado menor de dependencia. En este tiempo se han ido ampliando la ventana horaria y ajustando los criterios de inclusión, permitiendo acceder al tratamiento fibrinolítico IV a un mayor número de pacientes. A pesar de todo en muchos casos el fibrinolítico iv no es capaz de lisar el trombo por lo que en estos últimos años se han desarrollado distintas técnicas para tratar de mejorar la recanalización precoz de la arteria. Entre ellas la trombectomía mecánica ha demostrado su eficacia y seguridad en la extracción mecánica del trombo y recanalización arterial, consiguiendo una grado significativamente menor de dependencia de los pacientes a los 3 y 6 meses. En 2016 se aprueba en cartera de servicios la trombectomía mecánica en aragón centralizada en el Hospital Miguel Servet con la próxima puesta en marcha a lo largo de 2017.

Es por tanto preciso reorganizar la atención al Ictus en fase aguda en nuestro hospital para poder ofrecer este tratamiento en las mejores condiciones de efectividad y seguridad a nuestra población. Para ello se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización de protocolos de actuación en urgencias y criterios de derivación de pacientes candidatos a trombectomía desde nuestro hospital al centro de referencia, así como protocolos y guía de actuación de acogida de los pacientes en nuestra área de ictus tras el procedimiento, para asegurar un adecuado circuito de vuelta que permita asegurar los cuidados médicos y de enfermería que estos pacientes precisarán, evitando la sobresaturación del centro de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

La realización de estos protocolos de actuación tiene como finalidad asegurar la excelencia en el tratamiento en fase aguda al Ictus al permitir a nuestra población acceder de forma homogénea y segura a dicho tratamiento.

Asegurar el uso racional de recursos sanitarios al facilitar el traslado precoz de los pacientes desde el centro de referencia a nuestro hospital, evitando así el "colapso" asistencial en el hospital de referencia, permitiendo una actuación ágil y organizada entre sectores sanitarios.

MÉTODO

Se creará un grupo de trabajo multidisciplinar con el personal implicado en el proceso formado por facultativos de urgencias, radiología y neurología para desarrollar los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía en la atención en fase aguda del ictus en nuestro hospital.

INDICADORES

- Creación del grupo multidisciplinar de trabajo formado por facultativos especialistas en Urgencias, Radiología y Neurología. (S/N)
- Redacción de los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía desde nuestro Hospital al centro de referencia. (S/N)
- Presentación de dichos protocolos al Grupo de atención integral del Ictus de Aragón, detección de problemas y corrección de los mismos. (S/N)
- Puesta en marcha de los protocolos. (S/N)
- % de adecuación en la aplicación de los protocolos, una vez puesto en marcha a nivel de Aragón la trombectomía. Objetivo >80%

DURACIÓN

- Noviembre 2016 creación del grupo multidisciplinar
- Noviembre-Enero 2017: desarrollo y corrección de los protocolos
- Febrero 2017: presentación de los protocolos al grupo de atención al Ictus integral de Aragón y modificación si es preciso de los mismos.
- Feb-Diciembre 2017: aplicación de los protocolos y normalización de su uso en la actuación al Ictus en fase aguda en nuestro hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFALLA BERNAD OLIVIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
ALVES BLANCO PAULA
BARRIO ALLER JOSE MARIA
VELA LETE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha habilitado un correo electrónico para las pacientes que se encuentren en seguimiento en la consulta de Reproducción. Dicho correo, se proporciona a las parejas, en la primera visita, junto con otra serie de informaciones útiles antes de iniciar el proceso asistencial en esta consulta. Las pacientes pueden requerir asesoramiento sobre los tratamientos que se están administrando, su propia patología, y cualquier duda que pueda surgir. Además, gracias al correo electrónico, se ha mejorado la vertiente administrativa, optimizando los tiempos para citar a las pacientes, que en esta consulta son variables, en función del ciclo menstrual o del éxito o no de los tratamientos. Las pacientes son vistas en un plazo de uno a cuatro días desde que nos remiten su mail, para poder iniciar las diversas técnicas de reproducción asistida o realizar la prueba diagnóstica que se requiera en un momento preciso del ciclo ovárico.

Se ha formado en fundamentos básicos de reproducción a una matrona que pudiera orientar a las parejas en seguimiento en nuestra consulta sobre los estudios y pruebas a los que van a ser sometidos, hábitos de vida saludable, y las distintas técnicas de reproducción asistida que se pueden llevar a cabo, tanto en nuestro centro, como si requieren la canalización a otro servicio, y sobre los distintos tratamientos que se precisan. La idea inicial era que existiera una consulta presencial de matrona, para que los pacientes pudieran disponer de la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, empática, que ayudara a mejorar la satisfacción de los usuarios, y sobre todo el bienestar físico y psicológico de las parejas con problemas de esterilidad. La consulta de enfermería especializada presencial no ha llegado a existir dentro de la programación de planning oficial, ni se ha conseguido que se destinara una matrona exclusiva para esta dedicación. Las parejas han sido asesoradas en la forma que se pretendía, pero gracias a la buena voluntad del personal sanitario, que a pesar de tener otras ocupaciones asistenciales, han hecho hueco para prestar dicho servicio también a estas pacientes.

Se remitió vía electrónica a todas las pacientes que habían utilizado en algún momento el correo electrónico del servicio una encuesta de satisfacción, en la que se les preguntaba sobre la accesibilidad al servicio, estado de las instalaciones, las relaciones interpersonales, y la satisfacción general con el servicio prestado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La disponibilidad del correo electrónico ha sido una herramienta útil que ha permitido mejorar la asistencia a nuestros pacientes, proporcionando un nivel de satisfacción mayor, que antes de su utilización. En total se han recibido 800 correos electrónicos en un año, que pertenecían a 80 parejas diferentes en seguimiento en nuestra consulta.

Se remitió a las usuarias de la consulta electrónica una encuesta preguntándoles por la accesibilidad al servicio, el estado de las instalaciones, las relaciones que se establecían con el personal sanitario y la satisfacción general. Un 62% de las pacientes clasifican la asistencia como muy satisfactoria, y un 31% de satisfactoria. Superando así el indicador establecido al inicio del proyecto en el que se esperaba un grado de satisfacción por encima del 75%.

Se realizaron un total de 207 consultas por parte del ginecólogo y 130 visitas presenciales con la matrona formada en Esterilidad, lo que supone una labor asistencial por parte de la enfermería especializada del 36,41% en la atención multidisciplinar de estas pacientes.

No se pudo registrar el tiempo de espera hasta la primera consulta con enfermería especializada, desde la primera visita por parte del ginecólogo, al no existir finalmente dicha consulta presencial programada en planning oficial. La asistencia a las pacientes para información se realizaba siempre que fuera posible, el mismo día de la consulta ginecológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La disponibilidad de correo electrónico para consulta de las pacientes, resulta una herramienta muy útil, que mejora la satisfacción de las mismas respecto a su asistencia. Además permite citar de forma precoz a estas pacientes para iniciar distintas técnicas de reproducción asistida, o realizar pruebas diagnósticas en función del ciclo menstrual.

Existe posibilidad de mejora, si se dispusiera del personal suficiente para poder realizar una consulta de enfermería especializada presencial, de forma programada, que permitiera a las pacientes disponer del tiempo suficiente para poder orientar a estas pacientes y darles el apoyo que precisan dentro del seguimiento clínico habitual.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

*** ===== Resumen del proyecto 2016/42 ===== ***

Nº de registro: 0042

Título
CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

Autores:
RUIZ CAMPO LEYRE, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, ALVES BLANCO PAULA, BARRIO ALLER JOSE MARIA, VELA LETE ANA MARIA

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: Esterilidad
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Consulta de Reproducción en la Sanidad Pública se encarga de realizar el estudio completo de la pareja con deseo genésico y de algunas técnicas de reproducción asistida en función del tipo de Hospital y su cartera de servicios. El contenido de esta consulta es muy amplio y se ha detectado una carencia en la dedicación que se puede ofrecer a los pacientes desde la actividad programada diaria. En la Consulta de Esterilidad se realizan múltiples tareas, tales como explicar fundamentos básicos de la reproducción, dar consejo preconceptico, asesorar sobre hábitos de vida, desarrollar técnicas de reproducción asistida, instruir en la autoadministración por parte del paciente de distintos fármacos y además, y de forma fundamental, aportar apoyo emocional.

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Jorge de Huesca se realiza el estudio completo de la pareja con deseo genésico y diversas técnicas de reproducción: estímulos de la ovulación, coitos dirigidos e inseminaciones artificiales con semen conyugal (IAC). Cada ciclo de tratamiento depende de la menstruación de la mujer, requiere varios controles ecográficos y además, en el caso de las IAC, se citan otro día para la inseminación. Es aquí donde surge un problema organizativo, ya que no se disponen tantos días de consulta médica como sería necesario, por lo que se necesita otra estructura de apoyo para llevar a cabo toda la labor propia de esta Consulta.

La propuesta de creación de una consulta presencial y electrónica de enfermería para la atención especializada en reproducción podría cubrir parte de estas deficiencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El resultado principal que esperamos conseguir es que los pacientes de la Consulta de Reproducción tengan la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, completa, interactiva y cercana sobre su patología, sobre los tratamientos y otras dudas que puedan surgirles.

Otro de los objetivos a lograr mediante el apoyo de una enfermera especializada es instruir a los pacientes en el uso de fármacos indicados para las técnicas de reproducción asistida, para que se sientan seguros utilizándolos y puedan hacerlo en su domicilio de forma autónoma.

Además puede servir como otro punto de apoyo emocional y asesoramientos a las parejas.

Finalmente también tendrá una vertiente administrativa, ya que se dispondrá de una consulta electrónica que se atenderá todos los días y, además de resolver dudas sobre los temas anteriormente expuestos, se citará a las pacientes en función de su regla o si precisan ser visitadas por otro motivo en la Consulta.

MÉTODO
Crear y desarrollar una consulta de enfermería especializada en reproducción, apoyada por el equipo médico ginecológico, con dos vertientes, una presencial y otra electrónica:

- Consulta presencial:
- o 1ª visita: proporcionar fundamentos de la reproducción, hábitos de vida, consejo preconceptico etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

- o 2ª visita: tras el diagnóstico y a la vista de los resultados del estudio de fertilidad de la pareja, completar la información sobre las técnicas de reproducción asistida ofrecidas.
- o 3ª visita: instrucciones para el uso de fármacos.

- Consulta electrónica:
- o Resolución de dudas.
- o Contacto administrativo directo.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes que acuden a la primera consulta enfermería de reproducción y posteriormente siguen tratamientos en nuestro Servicio.
2. Número de pacientes que han requerido contacto por mail en un año.
3. Días de espera para la primera consulta ordinaria con enfermería.
4. Equivalentes de tiempo completo de personal de enfermería dedicado a la consulta monográfica de enfermería.
5. Grado de satisfacción de las parejas con la atención recibida.

DURACIÓN

Presentación de la Consulta de Enfermería Especializada en Reproducción en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento del nuevo protocolo a los 3 meses para valorar posibles mejoras. Al finalizar un año de consulta, presentar datos, índices de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE OLIVIA LAFALLA BERNAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OBON CASTEL BEATRIZ
PEREZ RUIZ JAVIER
ABAD RUBIO CRISTINA
ZABAU FERMOSELLE JARA
MORENO PEREZ RAQUEL
ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, tomando de forma retrospectiva los datos de nacimientos en el hospital de 2015 y 2016.

Se ha implementado una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional:

<https://appgrowthcharts.shinyapps.io/SanJorge/>

Se consiguió la autorización para su empleo de la Jefatura de Servicio y la activación por parte del Servicio de Informática, y una vez con esta herramienta, hemos individualizado el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practican a las gestante en función de la evolución de la gestación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado (PFE) intraútero utilizando el modelo creado:

- El cálculo de PFE se ha realizado en el 100% de las pacientes que han acudido a la ecografía del tercer trimestre (687 mujeres) y también en aquellas que ha habido que repetir las ecografías por alteraciones del crecimiento o patología materna o fetal (123 ecografías más).

Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el PFE intraútero utilizando el modelo creado y presentan una feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma:

- El porcentaje de pequeños para la edad gestacional o fetos con restricción de crecimiento fetal intraútero es del 10% y el de macrosomas del 3%.

Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto:

- En la realización del modelo predictivo para elaborar la calculadora de pesos fetales, se ha objetivado que los percentiles usados anteriormente sobrevaloraban el percentil de peso fetal, debido a que la población de recién nacidos oscenses parece tener un peso algo superior a la media nacional.

Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al nacimiento:

- La estimación de PFE se ha logrado con una elevada tasa de éxito con un margen de error al nacimiento de $\pm 200g$.

Registro de complicaciones debidas al peso fetal:

- Pendiente de completar su realización con los datos del 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión es que estamos muy satisfechos con la creación de esta aplicación ya que nos ayuda a cumplir el objetivo fundamental que es clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Se han generado curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación, y que se pueden usar fácilmente desde la aplicación online.

7. OBSERVACIONES.

En ocasiones nos encontramos con la limitación de la conexión informática, de manera que tenemos impresas las tablas de percentiles, para que los días que no funciona correctamente, ninguna paciente se quede sin una estimación de peso ajustada a nuestra población, aunque en estos casos, no se puede "customizar el peso" de acuerdo con las características paternas y del embarazo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/47 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Nº de registro: 0047

Título
CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Autores:
LAFALLA BERNAD OLIVIA, VICENTE LOPEZ BEATRIZ, OBON CASTEL BEATRIZ, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ABAD RUBIO CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, SAVIRON CORNUDELLA RICARDO, ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El retraso de crecimiento intraútero es la 1ª causa de mortalidad fetal intraútero y de 1/5 de las muertes perinatales. También, 1/5 de los recién nacidos prematuros, por debajo de las 34 semanas, presentan restricción de crecimiento. Casi el 50% de los fetos con retraso de crecimiento presentan alguna complicación perinatal y mayor riesgo de daño neurológico y muerte súbita del lactante. En la vida adulta tienen más riesgo de padecer HTA crónica, DM tipo II, enfermedad cardiovascular o accidentes cerebro-vasculares.

Por contra, los fetos macrosómicos asocian una mayor incidencia de cesárea, y en el parto vaginal un aumento de desgarros en el canal del parto. También se describen un mayor número de hemorragias maternas y de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia. La mortalidad en el feto macrosómico es mas elevada y existe un mayor riesgo de traumatismos obstétricos, principalmente la distocia de hombros y la lesión del plexo braquial. A largo plazo la macrosomía fetal se vincula con un mayor riesgo de desarrollar DM tipo 2, obesidad y síndrome metabólico.

Por lo tanto es muy importante conocer el peso fetal estimado intraútero, el percentil de crecimiento y la previsión de peso al nacimiento de cara a tomar decisiones en el seguimiento del embarazo y a la hora de finalizar la gestación garantizando el bienestar fetal y materno. La posibilidad de asignar un percentil a una estimación de peso actualmente puede hacerse bien utilizando unas tablas de pesos de recién nacidos varones y mujeres en las diferentes edades gestacionales (muchos de ellos con patología de base, ya que todos los nacidos prematuros probablemente no tendrían un desencadenamiento del parto fisiológico) o bien con un modelo que calcule el percentil en base a los nacidos en esa población con curvas de crecimiento de referencia adecuadas y personalizadas a las características de la gestante. Este modelo integra varias variables de los padres y de la gestación para individualizar el resultado del feto.

Las características del proyecto se enmarcan dentro de la medicina personalizada puesto que el cálculo de percentiles se realiza de modo individualizado para las características de la gestante. Para que los cálculos sean accesibles se generará una aplicación web.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental del modelo ajustado será clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Para ello se generará una aplicación web capaz de generar curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación.

MÉTODO

Creación de un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, para ello se tomarán de forma retrospectiva los datos de nacimiento en el hospital de 2015 y 2016.

Implementación de una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional.

Una vez desarrollada esta herramienta, se individualizará el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practiquen a la gestante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado.
2. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado y presentan un feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma.
3. Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto.
4. Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al nacimiento.
5. Registro de complicaciones debidas al peso fetal.

DURACIÓN

Presentación del Modelo Ajustado y de la Aplicación en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento de la aplicación y los resultados a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al completar un año de utilización de la aplicación presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE MONICA HERNANDEZ ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE LOPEZ BEATRIZ
MORENO PEREZ RAQUEL
RUIZ CAMPO LEYRE
OBON CASTEL BEATRIZ
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
ABAD RUBIO CRISTINA
SESE PIQUER MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto fue presentado al Servicio de Ginecología del Hospital San Jorge en Noviembre de 2016, siendo bien aceptado ya que la idea se había comentado previamente. Se distribuyeron los diferentes protocolos quirúrgicos para su redacción (llamados "pre-redactados") entre los miembros del Servicio, cada uno de ellos con la supervisión de un miembro del grupo de mejora y se dio el plazo de un mes para realizarlos. Finalmente, los protocolos elaborados fueron: cesárea, legrado, histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, conización cervical, laparoscopia diagnóstica y quirúrgica, histeroscopia diagnóstica y quirúrgica y colocación de malla TOT (son nuestras cirugías más frecuentes). Los protocolos se realizaron en formato Word, pero respetando la sistemática de la actual hoja de protocolo quirúrgico del hospital, es decir, manteniendo los mismos apartados y orden (es la misma para todas las especialidades quirúrgicas). Se dejó espacio en blanco para rellenar "Hallazgos", y "Observaciones" para anotar las posibles variaciones de la técnica quirúrgica el día de la intervención y entonces imprimirlo.

Como ampliación del proyecto, consideramos interesante unificar una parte del proyecto presentado en esta convocatoria por Raquel Moreno, pero que no fue aceptado finalmente (proyecto 2016_0046, sobre "Plantillas pre-redactadas para los informes de alta"). La ampliación consistió en realizar también unas plantillas de informes de alta pre-redactadas para los informes de alta de Cirugía CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), copia de los cuales son entregadas a las pacientes. Son cirugías muy frecuentes en nuestro Servicio, y es importante que las pacientes vayan a su domicilio con el diagnóstico y las recomendaciones a seguir por escrito y fácilmente comprensibles. El alta es dada por la tarde por el facultativo de guardia, que sin esta plantilla la mayor parte de las veces no disponía de tiempo para realizarlo adecuadamente. Se realizaron informes pre-redactados de alta de CMA de: conización cervical, histeroscopia, ligadura tubárica por laparoscopia y legrado.

Una vez elaborados todos los formatos pre-redactados (se alargó aproximadamente un mes más del tiempo inicialmente previsto, al ampliarse el número de plantillas), se presentaron en Sesión Clínica del Servicio de Ginecología, opinando todos los profesionales y realizando algún cambio por tanto. Se intentó actualizar al máximo la descripción de las técnicas quirúrgicas.

Como dificultad, hubo que adaptar el formato Word también al programa de textos del hospital, para que pudiera abrirse en cualquier ordenador. Se contactó con el Servicio de Informática para que incluyera los pre-redactados en la carpeta de Documentos Compartidos de los profesionales de Ginecología del hospital.

Posteriormente, los formatos se presentaron en la Comisión de Historias Clínicas, estando aún pendientes de aprobación. Debido a esta demora, que persiste en la actualidad, comenzamos a utilizarlos en Abril de este año, adjuntando el pre-redactado a la hoja de protocolo quirúrgico, que es la aprobada hasta la fecha. En cuanto a los informes de alta pre-redactados de CMA, sí que se utilizan desde Abril, porque la sistemática es similar a la que se realizaba anteriormente, mejorando la calidad del informe.

Finalmente, este mes de Diciembre, se han presentado los resultados en el Servicio y han sido considerados satisfactorios por todos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El facultativo que pasa planta al día siguiente de la intervención revisa que se haya usado el pre-redactado en las pacientes quirúrgicas y lo anota en un registro creado al efecto (tabla Excel en el ordenador de la planta y las consultas), junto al tipo de intervención. Tras la revisión de los datos registrados, concluimos que el porcentaje de protocolos pre-redactados realizados sobre el total de cirugías es del 75% (desde Abril a Diciembre de 2017), cumpliendo con el objetivo marcado del 75-80%. Además, debemos tener en cuenta que dicho porcentaje ha ido en aumento conforme nos hemos familiarizado a su uso: es del 85% desde Septiembre de 2017 hasta la fecha y creemos que seguirá aumentando. En cuanto a las causas de no utilizar las plantillas, lo que han apuntado los facultativos como más frecuente son los problemas informáticos o la dificultad de acceso a un ordenador cercano. En cuanto a los informes de CMA, se realizó también un registro similar, rellenado por el facultativo que lo elabora y entrega a la paciente. En este caso, el porcentaje de informes pre-redactados utilizados frente al total de cirugías CMA es el 95%, muy elevado. Además, en la revisión al mes de la paciente en consulta se le pregunta por la satisfacción sobre el informe recibido (opciones Sí/No) y el porcentaje satisfactorio es del 85% (también lo consideramos un buen resultado, el objetivo esperado era > 80%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado gran ahorro de tiempo y mejora de la comprensión por parte de otros profesionales, así como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

una mayor precisión en la descripción de los procedimientos.
Hay que tener en cuenta también que estos protocolos quirúrgicos son para la Historia Clínica "a papel", ya que cuando es dada de alta, la paciente tiene su informe de alta con el procedimiento realizado (éste sí incluido en la Historia Clínica Electrónica), aunque pensamos que en un futuro sería conveniente incluirlo todo en la Historia Electrónica.
Cuando el formato del protocolo quirúrgico sea aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, ya no será necesario adjuntarlo a la "Hoja de Protocolo Quirúrgico" actual.
La parte de informes de alta de cirugía CMA ha tenido una gran aceptación, tanto por parte de los profesionales como de las pacientes, ya que es un informe más completo que los que teníamos previamente y se comprende mejor. Como asunto pendiente, los informes de alta de CMA están a la espera de ser incluidos en la Historia Clínica Electrónica, ya que a fecha de hoy los informes de CMA no quedan registrados más que a papel y creemos que es algo que debemos corregir.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto fue presentado por Beatriz Vicente López, que actualmente no trabaja en el Hospital San Jorge de Huesca, por lo que delegó en mí la finalización del proyecto como responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/92 ===== ***

Nº de registro: 0092

Título
CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
VICENTE LOPEZ BEATRIZ, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ABAD RUBIO CRISTINA, GREGORIO MAYORAL ESTHER, SESE PIQUER MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La redacción correcta de los protocolos quirúrgicos es fundamental para el buen entendimiento por parte de cualquier profesional sanitario que tenga acceso a ellos de la cirugía realizada, los pasos que se han llevado a cabo, los hallazgos encontrados, las dificultades específicas de esa paciente a las que se ha tenido que hacer frente, así como de las medidas que se han tenido que tomar para su resolución.
La importancia radica tanto en que una complicación en el postoperatorio puede ser debida a una acción llevada a cabo durante la cirugía y, además, para cirugías posteriores nos interesa conocer de forma detallada qué sucedió en las intervenciones previas.
A causa de la cada vez mayor presión asistencial que soportamos los profesionales sanitarios, y en un intento de optimización del tiempo del que disponemos, hemos venido comprobando que la redacción de los protocolos quirúrgicos tras las cirugías que se realizan tienden a ser cada vez más esquemáticos y su redacción cada vez más rápida, con los problemas que ello conlleva de falta de rigurosidad en la descripción del acto quirúrgico y falta de entendimiento por parte de otros profesionales.
Con este proyecto de mejora de calidad se pretende disponer de protocolos quirúrgicos de todas las cirugías frecuentemente realizadas en un quirófano de obstetricia y ginecología en forma de archivo digital, descritos los pasos habituales que se llevan a cabo de manera estándar.
De ese modo, el ginecólogo/a responsable de la intervención quirúrgica se encontraría ya redactado todo aquello que de rutina se realiza en dicha cirugía y podría emplear el tiempo en explicar, de forma más detallada, en el apartado de "Observaciones" las particularidades propias del acto quirúrgico a las que ha tenido que enfrentarse. Asimismo, la letra de imprenta ayudaría a la correcta comprensión del protocolo por parte de todos los profesionales sanitarios que lo requiriesen

RESULTADOS ESPERADOS

-Mayor rigurosidad en la descripción de las intervenciones quirúrgicas realizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Optimización del tiempo del que se dispone entre intervenciones en quirófano
- Favorecer la comprensión lectora de los protocolos quirúrgicos

MÉTODO

Se pretende involucrar a todos los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología en la redacción de protocolos quirúrgicos estándar para las cirugías que de forma rutinaria se llevan a cabo en nuestro servicio: Cesárea, histerectomía abdominal simple o incluyendo anejos, histerectomía vaginal, colpoperineoplastia, conización cervical, laparoscopia diagnóstica o quirúrgica (en sus diferentes variantes), histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT.

Dichos protocolos se presentarían ante la Comisión de historias clínicas del hospital y una vez aprobado su uso, se guardarían como un archivo de formato word en una carpeta de un pc al que los miembros del servicio tuvieran fácil acceso.

Tras la realización de la cirugía pertinente, bastaría con imprimir una copia del protocolo correspondiente a la misma y rellenar de forma única el apartado referido como "Observaciones".

INDICADORES

1. El día posterior a un quirófano obstétrico-ginecológico, el ginecólogo/a responsable de la planta de hospitalización deberá revisar los protocolos quirúrgicos presentes en la historia clínica, comprobando que se trata de los documentos pre-redactados.
 2. Cálculo del porcentaje de protocolos pre-redactados sobre el total de cirugías llevadas a cabo en un periodo de tiempo determinado.
- Se pretende que dicho porcentaje esté por encima del 75-80%

DURACIÓN

Presentación del proyecto en el servicio del hospital en un mes desde la fecha. Plazo de un mes para la redacción de los protocolos quirúrgicos. Presentación de los mismos ante la comisión de historias clínicas del hospital. Tras su aprobación, comienzo de uso y primera valoración de resultados a los 3 meses. Al completar un año de utilización, presentación de datos en sesión clínica del servicio y en la comisión de calidad del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
SOLER MACHIN JAVIER
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó ampliación cartera Servicios para implantar XEN con fecha 4-7-17. Se denegó la propuesta con fecha 14-11-17. Los 12 pacientes seleccionados candidatos a XEN fueron derivados a nuestro centro de referencia Hospital Universitario Miguel Servet, siendo intervenidos en dos sesiones quirúrgicas en Octubre de 2017. En las cirugías estuvo el Dr. Ramón Fernández Quispe, de la Sección de Glaucoma del Hospital San Jorge, evolucionando en la curva de aprendizaje.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann):

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal:

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO:

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lección aprendida: no poner en marcha un proyecto hasta no obtener por escrito la autorización de los organismos pertinentes, pese a que la disposición y el entorno sean favorables.

No se pueden obtener conclusiones por ahora respecto a la eficacia del dispositivo XEN en los pacientes derivados porque ha pasado poco tiempo desde la cirugía, en algunos ni dos meses. Dos meses es el tiempo prudencial necesario para considerar si el dispositivo cumple su función.

7. OBSERVACIONES.
En los meses siguientes se podrán obtener los datos para establecer el valor de los indicadores. Los pacientes que se consideran candidatos a XEN son derivados al Hospital Miguel Servet, donde permiten que los cirujanos en proceso de formación completen su curva de aprendizaje ofreciendo máxima colaboración y disposición.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1285 ===== ***

Nº de registro: 1285

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, SOLER MACHIN JAVIER, ALMENARA CRISTINA, PEREZ NAVARRO ITZIAR, RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

MÉTODO

- Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
- Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
- Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
- Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

INDICADORES

- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
SOLER MACHIN JAVIER
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Selección los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión. Un total de 12 pacientes se han derivado para colocar XEN al Hospital Miguel Servet entre octubre de 2017 y diciembre de 2018. De éstos, se colocó XEN en 9 pacientes (uno se desestimó por hemorragia subconjuntival, otro por mal estado general del paciente y otro finalmente optó por ser intervenido en Huesca de catarata de ojo afectado para evitar más desplazamientos a Zaragoza).

-Realización de 1 sesión clínica de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.

-Tutorización de 2 sesiones quirúrgicas con personal entrenado, en Hospital Miguel Servet.

-Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann): en todos los casos que completaron seguimiento salvo en uno, se redujo la PIO respecto a valores basales tras la cirugía. En dos casos se realizó el procedimiento en el mismo acto quirúrgico de la cirugía de la catarata, y en total 5 pacientes precisaron algún procedimiento posterior (needling) para garantizar la viabilidad del implante.

-Indicador Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal: de media se observa una reducción del 36% en la PIO, teniendo en cuenta los datos de 8 pacientes que han completado el seguimiento. Existe amplia variabilidad entre los pacientes.

-Indicador Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO: de 9 pacientes, en 7 se ha reducido el número previo de colirios para controlar PIO, es decir en el 77,7% de los casos. De éstos 7 casos, en 2 pacientes se ha prescindido del uso de colirios hipotensores (21% de los casos intervenidos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La selección adecuada de los pacientes es fundamental para aumentar las posibilidades de éxito del implante XEN. En determinados casos se puede optar por procedimientos combinados (asociado a cirugía de catarata). Procedimientos posteriores pueden estar indicados para garantizar la viabilidad del implante (needling).

7. OBSERVACIONES.

No se ha aumentado el número de pacientes respecto a la memoria de seguimiento porque no se han enviado más pacientes al Hospital Miguel Servet.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1285 ===== ***

Nº de registro: 1285

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, SOLER MACHIN JAVIER, ALMENARA CRISTINA, PEREZ NAVARRO ITZIAR, RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

MÉTODO

- Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
- Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
- Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
- Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

INDICADORES

- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GABARRE MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Indicar las actividades realizadas para conseguir los objetivos deseados
Revisión de los protocolos y guías de práctica clínica existentes para esta técnica recomendados por las sociedades científicas pertinentes (Sociedad Española de Oftalmología, Sociedad Española de Retina y Vitreo).
Entrega al paciente de un consentimiento informado actualizado en el que se le explique el tratamiento que se le va a llevar a cabo, su secuencia y necesidad para que sepa las medidas de higiene y antisepsia que le van a ser realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adecuación de los espacios hospitalarios necesarios para los tratamientos intravítreos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es recomendable armonizar el procedimiento entre los facultativos, ya que el paciente se acostumbra a una manera de proceder. Los protocolos permiten pequeñas variaciones del procedimiento, que pueden debatirse entre los médicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1653 ===== ***

Nº de registro: 1653

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SOLER MACHIN JAVIER, ARA GABARRE MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

MÉTODO

- Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Española de Retina y Vítreo)
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES

Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

DURACIÓN

La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro.
Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento.
Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GABARRE MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vitreo)
-Realización de 1 sesión clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.
-Se ha realizado un protocolo sobre cómo proceder para realizar las inyecciones intravítreas, pendiente de aprobación por la Comisión de Calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Número de procedimientos realizados entre 2017 y 2018: 5259 inyecciones en total; en 2017 se realizaron 2363 procedimientos y en 2018 un 22,56% más, hasta los 2896 inyecciones (datos obtenidos del cuadro de mandos que ofrece el Hospital). Del 1-1-18 al 31-12-18, 850 inyecciones corresponden a procedimientos bilaterales, es decir, el 29,35% del total de ese año (no se han recogido datos similares de 2017).

-Número de pacientes que han recibido inyección intravítrea en 2018: 2471 pacientes han entrado en quirófano; de estas entradas, no todas corresponden a pacientes nuevos, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección. Se ha contabilizado el número de personas que en 2018 han hecho uso del quirófano por este motivo (datos obtenidos de los partes de quirófano correspondientes). No hay datos desglosados de 2017.

-Material fungible utilizado en el procedimiento:

SÍ: blefarostato, marcador, antibiótico postoperatorio; en todos los casos.

NO: antibiótico preoperatorio.

Respecto al paño, se ha usado hasta septiembre de 2018. A partir de ese momento se prescinde del paño, sin alterar el procedimiento ni haber observado consecuencias indeseables.

-Número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección:

Ningún paciente ha sufrido endoftalmítis, la complicación más temida y que realmente pretendíamos contabilizar.

No se han contabilizado otros efectos secundarios como hiposfagma, queratitis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo ha servido para unificar criterios entre los oftalmólogos que realizan el procedimiento en HSJ. La inyección bilateral de fármacos antiangiogénicos se ha mostrado una técnica segura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1653 ===== ***

Nº de registro: 1653

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SOLER MACHIN JAVIER, ARA GABARRE MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

MÉTODO

- Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vitreo)
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES

Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

DURACIÓN

La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro.

Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento.

Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Pendiente comenzar actividades por problemas administrativos (Consulta Medicina Interna).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente comenzar actividad de la consulta multidisciplinar de Uveítis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1656 ===== ***

Nº de registro: 1656

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Autores:
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología, etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
- organización de sesiones multidisciplinarias entre ambos servicios implicados.

MÉTODO

- Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
- Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
- Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES

- Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
- Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
- Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (SÍ, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:

- Estimación del número de consultas ahorradas.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado la Unidad Multidisciplinar de Uveítis integrada por 2 facultativos: la Dra. Madroñero del Servicio de Medicina Interna y la Dra. Jiménez del Servicio de Oftalmología. Este tipo de Unidades constituyen un modelo de gestión óptimo para el manejo de esta patología. En esta unidad multidisciplinar valoramos de forma conjunta al paciente en una misma consulta física, 4 citas con código 7.5 todos los jueves en la consulta 5. Esto nos permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar el número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas y un manejo terapéutico global de nuestros pacientes con uveítis. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.

Las actividades realizadas han sido:

-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis desde julio de 2017 a febrero 2019 incluido: 18 meses en total, en primer lugar un periodo inicial de 6 meses y un periodo de 12 meses desde la creación de la consulta nominativa: C.EXT OFTC -UVEITIS- DRA JIMENEZ/DRA MADROÑERO.

-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.

-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos, mediante los protocolos creados por la Dra. Madroñero y Dra. Jiménez, utilizando como fuente la revisión de las historias clínicas y con la creación de tablas de resultados en formato Excell.

Es importante señalar que en este proyecto han existido varias limitaciones:

1- La Dra. Madroñero no pudo contar con consulta de Uveítis nominativa denominada "C.EXT OFTC -UVEITIS- DRA JIMENEZ/DRA MADROÑERO" hasta el 1 de marzo de 2018, por lo que de Julio de 2017 a Febrero 2018, por razones asistenciales propias de su servicio, sólo pudo incorporarse a la consulta de Uveítis algunos jueves de forma intermitente. Por ello, he decidido cambiar el periodo de reclutamiento de pacientes a un año completo desde la fecha en la que la Dra. Madroñero pudo asistir de forma regular a la consulta Multidisciplinar, es decir 12 meses de marzo 2018 a febrero 2019.

2.- Los pacientes de Uveítis, aunque debían ser siempre citados con el código 7.5 para su posterior identificación, no siempre han sido citados así, sino a veces con código 2.22 dentro de la agenda de la Dra. Jiménez, con lo que ha sido imposible identificar a todos los pacientes de uveítis nuevos atendidos en nuestra unidad.

3. - En ocasiones en las que las 4 citas de código 7.5. no se completaban con pacientes de uveítis, hemos identificado que en la agenda de Uveítis multidisciplinar se han ocupado esas citas con otros pacientes principalmente de la Unidad de Retina de la Dra. Jiménez. Por consiguiente, eso dificulta más aun el reclutamiento de los pacientes de uveítis.

4. - El indicador denominado "Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)": INDICADOR 3, no ha podido registrarse, ya que en la mayoría de los casos no se podía identificar de dónde procedían los pacientes (ausencia de volantes de derivación, el paciente desconoce quién le envía, etc), por ello se ha decidido sustituir ese indicador por uno más apropiado en nuestra consulta multidisciplinar: "Utilidad para el tratamiento global del paciente" (SÍ, si se logra; NO en caso contrario).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se atendieron 65 pacientes nuevos con código 7.5 en la consulta multidisciplinar durante los 12 meses (del 1 de marzo 2018 al 28 de febrero 2019). De estos 65 pacientes, 47 eran pacientes con uveítis y 18 no eran pacientes de uveítis (INDICADOR 1).

De esos 47 nuevos pacientes con uveítis:

-Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico: 35: SÍ. 12: NO. Es decir, en un 74,46% de nuestros pacientes nuevos fue útil el manejo multidisciplinar para llegar a un diagnóstico etiológico (INDICADOR 2). (Se alcanza diagnóstico o etiológico o de patología sistémica que puede estar relacionada de forma directa o indirecta con la uveítis)

-Utilidad para el tratamiento global del paciente: 36: SÍ. 11: NO. Es decir, en un 76,60% de nuestros pacientes nuevos fue útil el manejo multidisciplinar para establecer un tratamiento integral y global (INDICADOR 3).

Teniendo en cuenta los datos expuestos, se constata que el resultado obtenido ha sido muy satisfactorio y está en relación al standard esperado. Este proyecto pone de manifiesto la importancia de la creación de estas unidades para mejorar el manejo de estos pacientes y hacerlo más coste efectivo. El impacto en la reducción del número de interconsultas a otras especialidades, de nuevas citas es muy llamativo. En una sola visita, en muchas ocasiones, el paciente recibía todo el tratamiento necesario: de su patología ocular por parte de la Dra. Jiménez y sistémico, por la Dra. Madroñero.

La fuente de estos 3 indicadores (INDICADOR 1, 2 Y 3) ha sido las historias clínicas, siendo el método de obtención, la revisión retrospectiva de las mismas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Como valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas y sobre la consecución de objetivos marcados, cabe afirmar que se considera que se han obtenido resultados muy satisfactorios, puesto que en más de 3 de cada 4 pacientes con uveítis el abordaje multidisciplinar ha sido de utilidad para el diagnóstico y tratamiento de los mismos. Para nuevos proyectos futuros en esta línea, y para mejorar el sistema de recogida de datos de pacientes, sugeriríamos la pertinencia de mejorar el sistema de citaciones de la Unidad, siendo sólo pacientes con uveítis los que se puedan citar con código 7.5, y no siendo nunca éstos citados con código 2.22. Consideramos que podría ser de utilidad volver a analizar los resultados de nuestros indicadores en el futuro, cuando nuestra Unidad multidisciplinar tenga mayor recorrido en el tiempo. Con la creación de esta consulta y su adición a la cartera de servicios de Oftalmología del Hospital General San Jorge se ha mejorado la atención al paciente al mismo tiempo que se realiza un manejo más coste-efectivo de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1656 ===== ***

Nº de registro: 1656

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Autores:
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:
- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología, etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
- organización de sesiones multidisciplinarias entre ambos servicios implicados.

MÉTODO
-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
-Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

INDICADORES

- Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
- Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
- Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (Sí, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:

- Estimación del número de consultas ahorradas.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá

a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
LAGUNA CALLAU GENOVEVA
FONTANA CALVO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El volante de derivación o la hoja de consulta resulta insuficiente para la derivación de pacientes con patología de la voz.

Las nuevas tecnologías hacen posible compartir imágenes con los Logopedas que físicamente realizan su trabajo en otro centro hospitalario.

Se procede a la grabación de las exploraciones realizadas mediante fibrolaringoscopia y laringoscopia rígido para remitirlas en la carpeta compartida a logopedia de los pacientes que se van a enviar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la comunicación entre ambas partes (Otorrino y Logopeda) sobre patologías a tratar
Mejorar el tratamiento de los pacientes que son remitidos a logopedia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Información directa por ambas partes, se ha mejorado la comunicación bidireccional
- Se objetiva la necesidad de la colaboración con el servicio de informática

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/89 ===== ***

Nº de registro: 0089

Título
IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

Autores:
LOPEZ VAZQUEZ ANDRES, ESCOLAN GELOS ANGEL, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, CHARTE GASCON MARTA, LACAMBRA SANTOS EVA, EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO, VIBAN FORTUNY JESUS

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: ATENCION DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA VOZ
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los trastornos relacionados con la voz son muy frecuentes en la Consulta de Otorrinolaringología (ORL). Existen muy diversas causas tanto funcionales u orgánicas que pueden ocasionar cambios en la calidad de la voz de los pacientes.

Para la correcta exploración y tratamiento de los pacientes es necesario una relación estrecha entre los otorrinolaringólogos encargados de los pacientes con trastornos vocales y los rehabilitadores de la voz o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

logopedas.

En el Sector de Huesca, los hospitales donde trabajan los Servicios de ORL y LOGOPEDIA están separados físicamente y por tanto, se dificulta la atención de los pacientes. Los pacientes son derivados mediante Hojas de Consulta con una descripción somera del estado de la laringe del paciente a rehabilitar pero en el Servicio de Logopedia no pueden valorar las imágenes ni las grabaciones de la laringe.

Junto con el Servicio de Informática del Hospital se propone crear una carpeta de documentos compartidos en la que los profesionales tanto de ORL como de Logopedia puedan incluir los informes pertinentes y las grabaciones de la laringe del paciente a rehabilitar.

Posteriormente los resultados del análisis acústico de la voz por parte de Logopedia podrán colgarse en esa misma carpeta de documentos compartidos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la calidad, satisfacción y en la atención al paciente con patología de la voz.

Coordinación y comunicación directa entre los Servicios encargados de la patología de la voz, el Servicio de Logopedia puede ver "in situ" la imagen laríngea y la patología a rehabilitar

Estudios a largo plazo de las imágenes y el análisis acústico de la voz antes y después del tratamiento rehabilitador creando una base de datos para estos pacientes y dividida por patologías.

Crear un protocolo de actuación ante el paciente de la voz con áreas definidas entre los Servicios sin duplicar exploraciones.

MÉTODO

Creación, por parte del Servicio de Informática una carpeta de documentos compartidos en las que se incluirán subcarpetas con el número de historia del paciente explorado. Esas subcarpetas contendrán imágenes grabadas de la patología laríngea por parte del Servicio de ORL y análisis acústico de la voz por parte del Servicio de Logopedia.

Creación de una base de datos de los pacientes rehabilitados con la que se obtendrán resultados estadísticos para posteriores publicaciones e intraservicio observando dónde se puede mejorar (estudios por patologías : disfonía tras tiroidectomía, postoperados con intubación orotraqueal, patología orgánica quirúrgica de las cuerdas vocales como nódulos, edemas, carcinomas...)

Encuesta de satisfacción a los pacientes rehabilitados

Facilitar el trabajo aumentando la calidad del Servicio multidisciplinar en pacientes con patología vocal.

INDICADORES

- CREACION DE CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS SI/NO

- DERIVACIÓN A LOGOPEDIA CON DOCUMENTO INSERTADO EN LA CARPETA DESDE OTORRINOLARINGOLOGÍA. > al 50%

DURACIÓN

Desde Diciembre de 2016 a Junio de 2017. Revisión de los datos en esa fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CALVO AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONGOST MARIN SOFIA
ABIO ALBERO SONIA
HUERTA BLAS PALOMA
VERA BELLA CARMEN
AGON BANZO PEDRO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, para llevar a cabo nuestro proyecto, tuvo lugar una reunión conjunta entre el personal de enfermería y pediatras de Atención Primaria de todos los centros de salud pertenecientes al sector de Huesca, y el personal de enfermería y los médicos adjuntos del servicio de pediatría del Hospital S.Jorge, con el fin de elaborar y consensuar, en base a la evidencia científica actual y las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología y Ministerio de Sanidad, la elaboración de un documento que recogiera las recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido. ?

Por otro lado, nos reunimos los distintos profesionales implicados en el cuidado y atención al recién nacido durante su estancia en paritorio y maternidad (matronas, anestesistas, ginecólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y pediatras), y de esta forma modificar las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal. ?

Tras ambas reuniones, se elaboró un documento de consenso basado en las nuevas recomendaciones de las sociedades científicas y este documento, se incorporó a las historias de los recién nacidos para ser entregado sin excepción en el momento del alta hospitalaria junto con su cartilla de salud infantil.

Respecto a los cuidados del RN en maternidad, se estableció como pauta general salvo excepciones por indicación médica, el cuidado del cordón umbilical con agua y jabón, sin administración de antisépticos ni colocación de gasas ni apósitos, tal como recomienda la evidencia científica actual. Así mismo se revisaron las pautas en relación a la lactancia materna y se impartió un curso para personal sanitario con el fin de mejorar los conocimientos y por tanto la atención a las madres lactantes.

En el área de partos, se hizo hincapié en el contacto precoz piel con piel, separando de la madre únicamente a aquellos recién nacidos que precisaran asistencia médica al nacer por su situación clínica desfavorable. También se ha insistido especialmente en el inicio y refuerzo de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento, en el área de partos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al modificar las pautas de los cuidados del área umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón. Por otro lado, al suspender la administración de antisépticos y uso de gasas y apósitos impregnados en alcohol de 70° o clorhexidina, no se ha constatado un aumento de la infección en el área umbilical. ?

El porcentaje de lactancia materna al alta ha sido 71,8%, mixta 23,2% y de fórmula 5%. Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente. Asimismo se ha observado una menor incidencia de distrés respiratorio e hipoglucemia neonatal, probablemente por el efecto beneficioso que tiene sobre el bebé el contacto precoz piel con piel, que evita la pérdida de calor, y el inicio precoz tras nacer, de la lactancia materna.

Respecto a la entrega del documento sobre cuidados del recién nacido al alta de maternidad, se ha observado una homogeneidad a la hora de realizar dichos cuidados por parte de las familias, a la vez que ha disminuido la confusión que generaba el hecho de que los padres acudieran por su cuenta a diferentes fuentes de internet, revistas de divulgación con escaso rigor científico y otras fuentes poco fiables, dado que no disponían de un documento que explicara por escrito y de manera clara y sencilla, los cuidados del bebé.

Todos los recién nacidos quedan registrados en el programa nacional NEOSOFT, donde se introducen todos los datos referentes al embarazo, parto, periodo perinatal y somatometría, además de diagnósticos, tipo de lactancia que recibe el bebé, procedimientos realizados y recomendaciones al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estas pautas y actividades, se pusieron en marcha durante el mes de mayo del 2016 y en la actualidad siguen en vigor, y son revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología, que en momento actual, no han sufrido nuevas modificaciones.

Durante el año 2016 ha habido 644 partos en el hospital S.Jorge de Huesca, de los cuales 137 han sido por cesárea. Todos estos niños se han beneficiado de estas nuevas pautas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/27 ===== ***

Nº de registro: 0027

Título
ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, CALVO AGUILAR MARIA JOSE, CONGOST MARIN SOFIA, HUERTA BLAS PALOMA, AGON BANZO PEDRO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estandarización de los cuidados del recién nacido desde el nacimiento y durante las primeras horas de vida postnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. En los últimos años, las recomendaciones en cuanto a la atención y cuidados al alta del recién nacido sano, han sufrido modificaciones, de forma que se ha hecho necesaria la actualización de las pautas utilizadas en nuestra maternidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de estas nuevas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica en los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros días de vida postnatal, cuando el bebé ya se encuentra establecido en su domicilio.

MÉTODO
En el momento de la actualización de las recomendaciones, se revisó el concepto de RN sano, y las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal.
Se consensuó con el personal de Atención Primaria relacionado con la atención al niño, los criterios de actualización y recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido.

INDICADORES
-Por un lado al modificar las pautas de cuidados del cordón umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón.
-Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente.

DURACIÓN
Las nuevas pautas de cuidados del recién nacido se pusieron en marcha durante el mes de mayo del presente año y en la actualidad siguen en vigor, para ser revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0031

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA
GIL FERRER LAURA
BELLON CLAVER PILAR
GARCIA ESCUDERO CRISTINA
ABIO ALBERO SONIA
CALVO AGUILAR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El hemangioma infantil es el tumor benigno mas frecuente en la infancia. La toma de decisiones respecto al tratamiento de los mismos debe seguir las guías de practica clínica y la evidencia científica disponible. Por este motivo, tras la publicación del Consenso Español sobre el Hemangioma Infantil se decidió iniciar el tratamiento del mismo en nuestro centro. Tras recoger información bibliográfica se informó a los centros de Atención Primaria para derivar y citar a los posibles candidatos de manera preferente en el mismo día en las consultas de Pediatría y de Dermatología para poder iniciar el tratamiento con propranolol en el tiempo establecido según las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría. Se realiza Historia clínica, exploración física y ecográfica valorando los riesgos del tratamiento. Tras esta valoración los pacientes que cumplen todos los requisitos son programados para ingreso e inicio del tratamiento. La familia recibe y cumplimenta un formulario de consentimiento informado.
Los pacientes acuden a nuestro centro donde permanecen durante la toma de las dos primeras dosis para valorar posibles reacciones adversas (hipotensión, hipoglucemia,..). Al alta se entrega un informe y hoja de recomendaciones para continuar con el propranolol de forma domiciliaria y se programa la siguiente visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Septiembre de 2016 se han remitido a consultas 23 pacientes y se han realizado 22 tratamientos. Uno de los casos remitidos desde atención primaria se envió al centro de referencia (Hospital Miguel Servet de Zaragoza) para control ante hemangiomas múltiples y de localización profunda con sospecha de obstrucción de la vía aérea.
De los pacientes incluidos se ha retirado la medicación en un caso por mala cumplimentación del tratamiento. Solo se han registrado reacciones adversas en un paciente (en el que se retiró la medicación).
21 de los 22 pacientes incluidos ha recibido el tratamiento con éxito (aun hay pacientes que no han finalizado la pauta completa de tratamiento).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde que se inició esta actividad en nuestro centro ha resultado satisfactoria para pacientes, familias y profesionales por la eficacia de la medicación, su seguridad y la comodidad de las familias al evitar desplazamientos innecesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/31 ===== ***

Nº de registro: 0031

Título
TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, GIL FERRER LAURA, BELLON CLAVER PILAR, GARCIA ESCUDERO CRISTINA, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0031

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Los hemangiomas infantiles son tumores benignos con alta incidencia en niños menores de un año. Un 12% de los mismos se puede beneficiar del tratamiento médico. Este tratamiento debe realizarse según guías de práctica clínica, para ello se revisa la bibliografía y se elabora un protocolo basado en las recomendaciones formuladas por los especialistas.

RESULTADOS ESPERADOS

Tratamiento médico de hemangiomas infantiles simples previo diagnóstico ecográfico dermatológico.

MÉTODO

Diagnóstico ecográfico y clínico por Servicio de Dermatología para inclusión en protocolo. El tratamiento médico consiste en la administración de propranolol por vía oral ya que es el tratamiento de elección de los hemangiomas infantiles y es el único aprobado para dicha indicación. Para ello se realiza el ingreso en Hospital de día para administración de propranolol por vía oral en dosis progresivas realizando los controles correspondientes con monitorización de frecuencia cardíaca y tensión arterial así como glucemia y control clínico para detectar posibles efectos secundarios de la medicación. Previamente se cumplimenta el consentimiento informado por parte de los profesionales y la familia.

INDICADORES

- Número de pacientes sometidos a dicho tratamiento entre el total de pacientes diagnosticados de angioma infantil.
- Seguimiento por parte del Servicio de Dermatología para comprobar efectividad.
- Comunicación de reacciones adversas entre el total de pacientes tratados.

DURACIÓN

Agosto 2016: revisión bibliográfica y elaboración de protocolo clínico.
Octubre 2017: selección de casos e inicio del proyecto.

OBSERVACIONES

Este tratamiento se está llevando a cabo con éxito en otros centros con buena tolerancia y adecuada efectividad. De esta manera se puede evitar desplazamientos a otros centros pudiendo realizarse en nuestro Hospital.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES
IZUEL JARNE ANA
CASAJUS BETRAN CARMEN
SANTAFE LOPEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Previamente al inicio de la actividad se elaboró y se adaptó a nuestro hospital un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con alergia PLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Miguel Servet. Se diseñó un algoritmo de diagnóstico-seguimiento-tratamiento para pacientes con APLV IgE mediada, el cual fue remitido vía mail a los Pediatras de los centros de salud de nuestro área (Sector Huesca). En dicho correo se les remitía en archivo adjunto la pauta de actuación en caso de sospecha de APLV IgE mediada en atención primaria, insistiendo en la importancia de la remisión precoz en las primeras 24-48 horas tras el diagnóstico. Así mismo se facilitaron los teléfonos de contacto directos con consulta externa de Pediatría para facilitar el proceso.

- Se realizaron acciones formativas con las enfermeras de planta, instruyéndolas en la pauta de ascensos semanales, modo de preparación de las fórmulas e identificación de reacciones adversas. Se elaboraron hojas tipo de Pauta de ITO (inducción de tolerancia oral) en las que se incluían tabla con fecha- cantidad para cada aumento semanal. En hoja adjunta debía anotar cualquier incidencia o reacción adversa. Cada paciente disponía de una hoja de tratamiento con medicación precargada en caso de reacción alérgica.

- Se llevó a cabo un taller de reconocimiento y manejo de anafilaxia, impartido conjuntamente con el servicio de enfermería pediátrica de nuestro hospital (marzo 2017) en el que se reforzaron conocimientos y aclararon dudas.

- De forma progresiva durante el periodo de Octubre de 2016- Octubre 2017 fueron valorados en consulta externa de Alergología Pediátrica un total de 26 pacientes con clínica, test cutáneos y/o IgE específica de leche y fracciones positivo. Dichos pacientes fueron citados en planta de pediatría para iniciar la pauta desensibilización de forma progresiva. Los pacientes se citaban de forma automática de manera semanal, pudiendo acelerar la pauta según criterio médico consensuado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se llevó a cabo la elaboración de base de datos para recogida de datos entre los que figuraban los siguientes indicadores de seguimiento: Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa, reacciones adversas tras inicio de inducción de tolerancia, número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico, número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.

- Se incluyeron en este periodo un total de 26 pacientes, siendo el 54% mujeres y el 46% varones. La edad media de inicio de la pauta de inducción de tolerancia oral de fue 6,19 meses con intervalo de 3-10 meses. La duración media de la inmunoterapia fue de 15,5 semanas, con un intervalo entre 13-19 semanas.

La tolerancia se alcanzó en 24 de los 26 pacientes (92,3%). En 2 de ellos (7,7%) se suspendió por inicio de síntomas gastrointestinales, en uno de ellos vómitos y en otro dolor abdominal y deposiciones dispépticas. El 11,5% de los pacientes presentó reacciones adversas leves localizadas a nivel cutáneo, precisando sólo 1 de ellos (3,8%) administración de antihistamínico oral. No hubo ningún caso de anafilaxia. Los pacientes se han ido reevaluando al mes tras finalizar la ITO y al año del fin de la pauta, mostrando el 100% de los que había tolerado la pauta de ITO una adecuada tolerancia de productos lácteos y sin presentar reacciones adversas, por lo que han podido ser dados de alta con un régimen de vida normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes, que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida, suponiendo además, un aumento de la confianza de la familia e implicación en el tratamiento.

- Se ha disminuido notablemente el tiempo medio de consumo de fórmulas especiales y por tanto se han ahorrado una gran cantidad recursos económicos y personales.

- El protocolo se va a seguir desarrollando como práctica habitual en nuestro hospital dados los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/243 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Nº de registro: 0243

Título
INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIO ALBERO SONIA, IZUEL JARNE ANA, CASAJUS BETRAN CARMEN, ASPIROZ GUILLEN ANABEL, SANTAFE LOPEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ALERGIA ALIMENTARIA
Línea Estratégica : Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se habla de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal con un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche. Al ser la leche el primer alimento no homólogo que se introduce en la dieta de un lactante es la APLV la primera alergia que debuta, afectando a un 2% de la población. En España el porcentaje de alérgicos a leche de vaca en el primer año de vida se sitúa entre 0,36% y 1,95%. Ocupa el tercer lugar en las patologías alérgicas detrás de la alergia al huevo y al pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. Los niños alérgicos a leche suelen estar sobreprotegidos por los problemas que conllevan las trasgresiones. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. En la actualidad, en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, los procedimientos haciéndose más comunes y los resultados hasta el momento son muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca.

RESULTADOS ESPERADOS

1 Conseguir una tolerancia precoz de dicho alimento adquiriendo una normalización de los hábitos dietéticos de dichos pacientes, evitando así mismo una alimentación deficitaria. 2 Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento problema. 3 Disminución del gasto en fórmulas especiales que en muchos niños deben mantenerse hasta los 2 años o más, las cuales son financiadas en nuestro medio hasta que el niño tiene los 2 años. Tras inicio de la inducción de tolerancia oral la adquisición de tolerancia puede alcanzarse hacia los 3 meses del inicio de la pauta, disminuyendo notablemente los meses que el niño debe consumir una leche de fórmula especial.

MÉTODO

1 Revisión de la evidencia científica: guías clínicas, revisiones, protocolos de otros hospitales (Odriozola, Ruiz del Olmo). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia (Hospital Miguel Servet) (Huerta, Odriozola, Abio). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica (Huerta, Izuel, Casajus). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Huerta, Ruiz del Olmo, Abio). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización (Aspiroz, Santafe)

INDICADORES

1 Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa. 2 Reacciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

adversas tras inicio de inducción de tolerancia. 3 Número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico (antihistaminico. Adrenalina, corticoide). 4 Número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.

DURACIÓN

1 Revisión de la evidencia científica (Septiembre- Octubre 2016). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protocolo de inducción de tolerancia oral (Septiembre- Octubre 2016). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV (Octubre 2016- Octubre 2017). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Octubre 2016- Octubre 2017). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Octubre 2016-Octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0476

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTERO BELLO PILAR
BRUN GUINDA DAVID
LAVILLA ABRIL SHEILA
REDOL LABARTA MONTSERRAT
AZANZA MONTULL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Noviembre 2016 hasta Febrero 2017 se formó a enfermería en la técnica de realización de la medición, indicando momento adecuado para su determinación. Se elaboró además para el proyecto una nueva hoja de registro de cuidados del recién nacido con un apartado concreto para el despistaje cardiológico, configurando a su vez un sello específico para su impresión en las cartillas de nacimiento.

Se comunicó el inicio de la actividad a los profesionales de los centros de salud del Sector, y a su vez en el alta de cada recién nacido se explica a la familia todos los screening realizados y el significado de dicho sello.

Se inició el screening neonatal cardiológico en Marzo de 2017 (previsto para Enero 2017), realizándose en todos los recién nacidos del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el screening a 546 recién nacidos en el año 2017 y a 16 recién nacidos en 2018, hasta el momento de elaboración de esta memoria.

De los 562 cribados realizados han resultado negativos el 100% (SatO2 >=95% pre y postductal y diferencia <3%).

No se han obtenido falsos positivos (FP) (estándar de falsos positivos del 0,17%).

Hemos detectado un falso negativo (FN) en un paciente remitido por su pediatra a los 15 días de vida por detección de soplo cardiaco, diagnosticándose de drenaje venoso pulmonar anómalo, pero que al tratarse de una forma parcial puede no tener repercusión en la pulsioximetría los primeros días de vida.

La especificidad del test ha sido del 100% (el 100% de pacientes sanos ha tenido resultado negativo), lo cual aumenta la tasa de FN pero minimiza los FP, recomendado en test de screening de enfermedades poco prevalentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el proyecto se ha desarrollado de forma óptima, y al realizar un sello específico de cribado cardiológico que debe imprimirse en todas las cartillas del recién nacido, se ha minimizado al máximo la posibilidad de su no realización, de forma que desde su implementación en la Unidad se ha realizado a TODOS los recién nacidos en nuestro Hospital.

Es un cribado necesario en el Servicio de Pediatría, inocuo y de sencillo seguimiento, del que no deriva ningún coste económico. Conviene dar sesiones formativas al personal de enfermería de nueva incorporación al Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/476 ===== ***

Nº de registro: 0476

Título
IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Autores:
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, VERA BELLA CARMEN, ARTERO BELLO MARIA PILAR, LAVILLA ABRIL SHEILA, REDOL LABARTA MONTSERRAT, AZANZA MONTULL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0476

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

La detección precoz de cardiopatías congénitas graves permite su tratamiento y corrección quirúrgica en los plazos adecuados, lo que permite mejorar el pronóstico de estos niños. No siempre es posible el diagnóstico prenatal por ecografía o por exploración física del neonato durante su estancia en la maternidad. Esto es especialmente importante en las cardiopatías ductus dependientes, cuyo cierre puede desencadenar un fallo cardiovascular e incluso la muerte. El ductus es obligatorio para asegurar el gasto cardíaco en los casos de estenosis del tracto de salida del VD (circulación pulmonar) o del VI (circulación sistémica). El debut es una situación amenazante para la vida ya que el ductus se cierra de manera espontánea antes de la 4ª semana de vida. Ante la sospecha hay que iniciar tratamiento inmediato con PGE1 para asegurar su permanencia. La incidencia de cardiopatías congénitas ductus dependientes oscila entre 1-2 casos/1000 recién nacidos. La exploración física y los síntomas pueden ser sutiles o ausentes en los primeros días. La pulsioximetría entre las 24 y 72 horas es un método rápido, simple, no invasivo, barato, reproducible y con poca variabilidad. La exploración física en los primeros días de vida tiene una sensibilidad del 63% en este tipo de cardiopatías, si asociamos la pulsioximetría asciende al 83%. La pulsioximetría por sí sola tiene una especificidad del 99%. Los falsos positivos son escasos (0.17%), de los cuales un 45% presentan otro tipo de patología neonatal (cardiopatía no ductus dependiente, sepsis, etc). Se considera resultado negativo cifras de Sat O2=95% en mano derecha o pie y diferencia =3%. Se considera positivo pre y postductal 90-<95% o diferencia >3% en tres medidas separadas de una hora o Sat <90% en mano o pie. En los casos positivos se contactara con servicio de Cardiología para realización de ecocardiografía urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el riesgo de dar de alta a un neonato potencialmente grave.
- Reducción de morbimortalidad asociada a estas patologías en caso de retraso diagnóstico mejorando el pronóstico y la supervivencia.
- Selección a los pacientes candidatos de valoración cardiológica pediátrica urgente.

MÉTODO

- Medida de pulsioximetría con sensor en mano derecha (preductal) y otra en cualquiera de los dos pies (postductal).
- La medición se realizará entre las 24 y 72 horas con el recién nacido tranquilo, evitando el sueño profundo y los momentos de alimentación.
- Onda de pletismografía adecuada.
- Personal entrenado en toma de pulsioximetría en neonatos.
- Tiempo estimado < 10 minutos.

INDICADORES

- Numero total de recién nacidos.
- Numero de recién nacidos a los que se realiza pulsioximetría entre las 24-72 horas.
- Numero de recién nacidos con alta precoz de la maternidad (primeras 24 horas).

DURACIÓN

- Octubre-Noviembre 2016:
- Revisión bibliográfica.
- Registro de resultado de pulsioximetría en la Hoja de cuidados de recién nacido.
- Formación al personal de enfermería de pulsioximetría neonatal pre y postductal.
- Inclusión de pulsioximetría en las rutinas de recién nacido.
- A partir de Diciembre de 2016:
- Puesta en marcha del programa de screening neonatal y mantenimiento de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE CARLOS ABADIA EZQUERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. POOL ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MOYANO LORETO MARIA
LECINA ALASTRUEY AIDA
BESCOS VAQUERO SANDRA
MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA
FRECHIN PERTUSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha recopilado información sobre las actividades y tareas que se realizan en cada Servicio o Unidad del Hospital San Jorge de Huesca, también la ubicación de algunos recursos materiales, especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche e información relevante o específica de cada Unidad.

Se ordeno dicha información en un registro informático, tras ello se validó dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultaron los distintos documentos de acogida o información que se facilitaban, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.

Después, la información se facilitó por medio de una aplicación móvil gratuita, facilitando un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal ya en plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS:

- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

RESULTADOS:

- Se puede observar las gráficas de uso, que se adjuntan, de la aplicación.
- Las reacciones ante la iniciativa de los trabajadores ha sido muy positiva.
- La aplicación se ha actualizado constantemente, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Seguiremos intentado mejorar y actualizar la aplicación, así como poder tenerla disponible para iphone.

7. OBSERVACIONES.

- Se han recibido varias felicitaciones por la iniciativa, incluso una entrevista en la revista Enfermería en Desarrollo.
- para el futuro; se pretende conseguir presupuesto para mejorar su estética y poder tenerla disponible para iphone.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/136 ===== ***

Nº de registro: 0136

Título
WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ABADIA EZQUERRA CARLOS, GARCIA MOYANO LORETO MARIA, LECINA ALASTRUEY AIDA, BESCOS VAQUERO SANDRA, MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA, FRECHIN PERTUSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes hospitalizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Enfermería Pull, es una plantilla de enfermería adicional que solventa las situaciones en las que se requiere sustitución o refuerzo de las plantillas de manera puntual, en ocasiones, sin previo entrenamiento y con experiencia limitada en ciertas Unidades.

Trabajar en la Unidad Pull de enfermería supone un gran reto. Se han de conocer las particularidades de los diferentes Servicios y Unidades sobre todo de las especiales; la forma de organizar el trabajo, peculiaridades de la práctica clínica en distintas especialidades, conocimiento de técnicas y protocolos, labores administrativas, ubicación de recursos materiales, etc.

Además este tipo de personal está expuesto a diversos factores que pueden comprometer su compromiso profesional, como el aumento del estrés o ansiedad debido a los constantes cambios de Servicio o Unidad, sentimiento de no pertenencia a la institución, pérdida de control de ciertas situaciones, etc. A todo esto hay que sumar, como es natural, la exigencia en cuanto al cumplimiento con el trabajo diario como de un miembro de la plantilla habitual se tratara y la formación, en ocasiones insuficiente, por las causas descritas anteriormente, por parte de las administraciones sanitarias.

Encontramos entonces que podría ser útil tener siempre a mano la información básica, relativa a cada Unidad o Servicio específico.

WIKIPOOL es una aplicación gratuita para móviles ideada y desarrollada para servir de ayuda en la práctica clínica diaria del personal de enfermería que presta servicio en la Unidad de Enfermería Pull (pool, enfermera volante, enfermera localizada o "corre turnos"), del Hospital San Jorge de Huesca.

La aplicación pretende ser simplemente una recopilación de directrices para el trabajo diario de este grupo de enfermeros, que abarca información como la que se puede encontrar en el manual de acogida al personal de las unidades, instrucciones, recomendaciones acerca de la practica clinica, técnicas, ubicación de recursos materiales y servicios, funcionamiento de unidades y tareas administrativas. De esta manera se pretende facilitar la integración, clarificar ciertas directrices y servir de apoyo tanto al personal nuevo como al más veterano.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante esta herramienta se pretende:

- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

MÉTODO

El trabajo se llevará a cabo recopilando información que, de manera altruista, el personal actual de la Unidad Pull, ofrecerá. Se recopilarán y ordenarán en un registro informático los conocimientos, experiencias, apuntes, etc. Tras ello se validará dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultarán los distintos documentos de acogida o información que se facilitan, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.

Tras todo ello, y debido principalmente a la extensión de la información recopilada, se decidió incluir todo en una aplicación móvil gratuita, mediante la cual pudiera consultarse de una manera rápida y fácil. La aplicación contendrá la descripción de las tareas de todos los Servicios o Unidades frecuentados por el personal Pull. Además de la ubicación de algunos recursos materiales, especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche, o información relevante o específica de cada Unidad.

Hay que destacar la versatilidad de esta idea, puesto que la aplicación estará en constante evolución, adaptación y actualización, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios. El coste del proyecto será de 0 euros.

Se facilitará un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal interino ya en plantilla. La aplicación, no estará disponible en Play Store por motivos de privacidad, confidencialidad y buen uso del instrumento.

INDICADORES

El uso de la aplicación móvil, sera monitorizado. Se realizaran cálculos descriptivos del uso de la herramienta móvil, descarga y uso diario.

DURACIÓN

El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que la aplicación este disponible para todo aquel personal que se una a la Unidad de Pull. La versatilidad y dinámica de la herramienta permitirá ir realizando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

cambios en la información proporcionada cuando esto sea necesario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE AMAYA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una entrevista semiestructurada para realizar un cribado de pacientes según su idoneidad o no para la pertenencia a un grupo psicoterapéutico en el cual es criterio de exclusión el padecer un trastorno depresivo, ansioso, somatomorfo o disociativo de intensidad grave. De esta forma, la entrevista que se ha elaborado ha filtrado a aquellos pacientes que padecen este tipo de trastornos con una intensidad leve o moderada, que son los idóneos para participar en el programa.

Para ello se ha realizado una revisión sistemática y exhaustiva sobre la bibliografía existente para la elaboración de una entrevista semiestructurada que tenga buena fiabilidad y validez, y se ha consultado a expertos en estadística para su validación.

Para estos fines, se han cumplido los tiempos que marcamos en los objetivos iniciales, que son:

- Junio y Julio de 2016: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
- Agosto y Septiembre de 2016: confección de entrevista.
- Octubre de 2016 a Mayo de 2017: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

Como el personal derivante de pacientes a este grupo psicoterapéutico son los médicos de atención primaria de los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro de Huesca, se han realizado dos sesiones informativas a los integrantes de estos centros, los días 15 de julio y 22 de julio de 2016. En estas sesiones informativas, se explica detalladamente el programa, así como los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes, para que ellos hagan una primera criba de pacientes que a su juicio clínico sean idóneos, y después pasar a hacer la entrevista que filtre de forma definitiva a estos candidatos.

También se han colgado varios pósteres informativos en los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro de Huesca para que aquellos pacientes que consideren poder beneficiarse de este programa, soliciten a su médico de familia una derivación al mismo, y éste les derive a la entrevista si lo consideran conveniente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este tiempo, ha habido un total de 59 derivaciones de pacientes por parte de los médicos de familia de los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro al programa de atención continuada.

De estos 59 pacientes, se ha realizado la entrevista al 48 de ellos (no acuden a la entrevista 11 de ellos), de los cuales 28 han pasado el filtro como pacientes idóneos para el programa (es decir, pacientes que padezcan un trastorno depresivo, ansioso, somatomorfo o disociativo de carácter leve o moderado, quedando excluidos los pacientes con estas patologías de nivel grave, que son remitidos al Centro de Salud Mental).

Así, como el protocolo de David H. Barlow (2015), en el cual nos basamos para realizar este programa, indica que los grupos han de ser de 12 personas, se han podido formar hasta la fecha 2 grupos de psicoterapia de 12 pacientes cada grupo, quedando 4 pacientes en espera para formar parte del siguiente grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo responsable de la elaboración de este protocolo, consideramos que ha sido de gran utilidad y una herramienta imprescindible el contar con esta entrevista para poder obtener a los candidatos aptos a este formato de terapia.

Este proyecto es sostenible debido a su bajo coste económico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1280 ===== ***

Nº de registro: 1280

Título
ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, VILLALBA YUSTE FERNANDO, ALAYETO GASTON MARIAN, SANCHEZ LUCAS NAIARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe una cada vez mayor prevalencia de los trastornos mentales en la población general. En los países occidentales, se calcula que un 40% de la población sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Los trastornos mentales generaron en 2002 un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36,9%, los costes asociados a cuidados informales el 17,7% y los costes por baja laboral el 42,7%. Los trastornos mentales son la segunda causa de baja laboral en España (Centro de Investigación Biomédica en Red 2002).

En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo. Entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (Secades et al. 2003).

La terapia cognitivo-conductual para los trastornos emocionales, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad sobre el uso de antidepresivos (Hollinghurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

Por ello, se ha visto necesario el desarrollo de una intervención que prevenga o disminuya la aparición de síntomas psicopatológicos.

El programa de atención continuada de residentes de psicología clínica consiste en una terapia de grupo para los trastornos emocionales, basada en el enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales, siguiendo el protocolo unificado de David H. Barlow (Barlow, 2015).

Este protocolo se centra en las clásicas técnicas de la terapia cognitivo-conductual que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos aislados.

Se enfatiza la prevención de la evitación, la exposición conductual e interoceptiva, la modificación de cogniciones desadaptativas y el incremento de conciencia emocional.

Los participantes se seleccionan de los centros de salud del Perpetuo Socorro y de Pirineos (Huesca). Todos ellos mayores de edad. La derivación viene desde el médico de familia, que detecta los posibles candidatos y los deriva al programa.

Estos candidatos, son personas con un trastorno emocional de intensidad leve o moderada (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, estrés, trastorno somatomorfo o trastorno disociativo).

Al ser requisito indispensable que la persona no sufra un trastorno de intensidad grave, se requiere un cribado que excluya a este tipo de personas, las cuales serán derivadas a una unidad de salud mental de adultos.

Por este motivo, surge la necesidad de la elaboración de una entrevista semi estructurada que detecte la idoneidad del paciente para la pertenencia al programa o no (además de la realización de varios test psicodiagnósticos validados que ayuden a detectar si el candidato cumple los requisitos pertinentes: BDI, BAI, WHOQOL-BREF y Termómetro de la salud).

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es la creación de una entrevista semi estructurada que permita al terapeuta la discriminación de aquellos pacientes que serían susceptibles de pertenecer al programa de terapia de grupo para el tratamiento de trastornos emocionales leves-moderados

MÉTODO

Una tarde a la semana (martes de 16 a 20 horas) para la realización de las entrevistas para reclutar candidatos a la terapia de grupo.

La otra tarde (jueves de 16 a 20h) irá destinada a la terapia de grupo propiamente dicha.

Dos residentes de Psicología Clínica del hospital San Jorge que serán los encargados de realizar las entrevistas, así como los cuestionarios de cribado.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Nº pacientes que son derivados al programa por el médico de familia.
Nº pacientes que realizan la entrevista.
Nº pacientes que pasan la criba para pertenecer a la terapia.

DURACIÓN

1ª parte: junio y julio: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
2ª parte: agosto y septiembre: confección de entrevista.
3ª parte: octubre a mayo: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA CAJA BUETAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
PELEGRIN VALERO CARMELO
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
LAUNA ZAMORA CRISTINA
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES:

- Unificación de protocolos consensuados entre los dos servicios.
- Realización de una reunión informativa del protocolo con todo el personal, tanto en urgencias como en psiquiatría.
- Envío del protocolo vía e-mail .
- Difusión y exposición del flujograma realizado en el tablón de Urgencias, donde se indican las actividades.
- Difusión de la lista de verificación del cumplimiento del protocolo en el servicio de psiquiatría.
- Recogida de datos en psiquiatría, del paciente que ingresa, durante el periodo de 25 días entre noviembre y Diciembre, y así evaluar el cumplimiento del protocolo.

CALENDARIO:

- Ultimo trimestre de 2016: Redacción del proyecto de mejora y elaboración del protocolo unificado.
- 1º y 2º trimestre de 2017: Difusión del protocolo.
- Ultimo trimestre de 2017: Recogida de datos según la lista de verificación y evaluación de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS:

- Estandarización del protocolo entre los dos servicios.
- De los 28 pacientes ingresados durante el periodo a estudio, se obtienen los siguientes resultados, según la lista de verificación establecida:
 - 1-El 93% de los pacientes ingresan acompañados del psiquiatra.
 - 2-El 85% de los pacientes, no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos.
 - 3-El 68% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada.
 - 4-El 93% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde.
 - 5-El 57% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica en el momento del ingreso.
 - 6-Del total de los pacientes, casi el 30% ingresaron con sujeción física, de éste porcentaje casi el 90% estaban correctamente contenidos.
- Del total de los pacientes estudiados, el 18% no cumple alguno de los items establecidos en la lista de verificación.

IMPACTO:

Este proyecto ha tenido repercusión en la disminución del peligro potencial al que estamos expuestos en determinados momentos, gracias a la concienciación y coordinación del equipo de los dos servicios implicados, tanto en Urgencias al recibir al paciente psiquiátrico, como en psiquiatría al realizar el seguimiento y evaluar el cumplimiento del protocolo.

INDICADORES:

- Número de profesionales que han asistido a la sesión explicativa del nuevo protocolo/ Número de profesionales que deben conocer este nuevo protocolo.
- Numero de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un periodo de 25 días/ Numero de Pacientes que ingresan desde urgencias en ese periodo.
- *Se cotejará, mediante una lista de verificación de 5 puntos, (6 puntos en el caso de paciente contenido)

FUENTE:

- Lista de verificación del cumplimiento del protocolo.

MÉTODO DE OBTENCIÓN:

-Obtención de una base de datos a través de las necesidades demandadas por el personal, para mejorar las condiciones del ingreso del paciente, disminuyendo la peligrosidad y aumentando la seguridad del paciente y del personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

- La existencia de un protocolo único consensuado y estandarizado, con la unificación de criterios entre los dos servicios, para evitar el riesgo potencial de auto o heteroagresividad del paciente, mejorando su seguridad y la del personal.
- La concienciación del personal, sobre la importancia que tiene la atención del paciente psiquiátrico, para evitar riesgos.
- Incidir en que la historia clínica se reciba en el momento del ingreso del paciente, para agilizar el trabajo y los registros.
- Este estudio ha sido favorecedor para fomentar la coordinación y colaboración del equipo de ambos servicios.

RECOMENDACIONES:

Continuar en el seguimiento del cumplimiento del protocolo, poniendo en conocimiento del equipo de los dos servicios, la posibilidad de realizar nuevos periodos a estudio, para recordarlo, sostener el proyecto y seguir evaluando los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/278 ===== ***

Nº de registro: 0278

Título
INGRESO DESDE URGENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO EN LA UCE

Autores:
CAJA BUETAS ROSA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASASUS ESCUER ISABEL, LAUNA ZAMORA CRISTINA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Existencia de varios protocolos.
- Variabilidad en los ingresos y no se hacen de forma estandarizada.
- Falta de coordinación entre los dos servicios en el proceso ingreso paciente

RESULTADOS ESPERADOS
-Unificar los protocolos existentes
-Estandarizar el proceso del ingreso consensuado entre los dos servicios y entre todos los miembros del equipo multidisciplinar.
-Eliminar o disminuir el extravío de enseres de los pacientes en el proceso de ingreso.
-Disminuir posibles riesgos lesivos en el paciente auto o heteroagresivo.

MÉTODO
-Revisión de los protocolos existentes, para unificarlos entre los dos servicios.
-Adecuación de las necesidades a cada tipo de paciente, en relación al riesgo potencial de auto o heteroagresividad.
-Difusión a todos los miembros del equipo, de la existencia del nuevo protocolo, por medio de reuniones, y entrega del mismo.
-Definición de las tareas a realizar por cada miembro del equipo.

INDICADORES
-Numero de pacientes que ingresan en la unidad y no cumplen el protocolo de ingreso / Numero de pacientes que ingresan en la unidad desde urgencias.
-Creación de una base de datos para cuantificar las desviaciones del protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

DURACIÓN

- Ultimo trimestre 2016: -
- Redacción proyecto mejora.
- Elaboración del protocolo unificado.
- De Enero a Octubre de 2017:
- Difusión del nuevo protocolo
- Puesta en marcha del nuevo protocolo,
- Cumplimentación base de datos.
- De Octubre a Diciembre:
- Evaluación de los resultados y análisis de los mismos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE CARMELO PELEGRIN VALERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCAR ARGUIS CESAR
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
CABRERO CEBRIAN VISITACION
LOPEZ BERNUES RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se diseñó un tríptico que consta de tres partes:

- 1.1. Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en Urgencias de Horowitz
- 1.2. Cuestionario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en urgencias
- 1.3. Ítems dicotómicos de:
 - a) Factores predisponentes: trauma o abuso infantil; sobreprotección infantil; antecedentes de intentos suicidas; antecedentes familiares de conducta suicida; ausencia de pareja; aislamiento social; abuso de drogas; enfermedad somática grave; dolor crónico incapacitantes; accesibilidad a métodos violentos; personalidad del clúster B.
 - b) Factores precipitantes: duelo reciente; acontecimientos vitales estresantes; acumulo de experiencias negativas; posibilidad de consumo de sustancias desinhibidoras.
 - c) Psicopatológica: desesperanza; impulsividad; inestabilidad emocional/desregulación afectiva; dificultad para solucionar problemas; pensamiento dicotómico (ley de todo o nada); rigidez cognitiva; vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos; agresividad; sentimientos de vacío crónico y sentimientos de rabia.

Con este tríptico el médico de urgencias ha evaluado a todos los pacientes que han acudido a urgencias con ideación autolítica o tras haber realizado un gesto o intento autolítico. En base al mismo y basado en una valoración cualitativa se ha decidido el ingreso en la UCE o se ha procedido al alta.

Una vez ingresado el mismo protocolo ha servido al equipo multidisciplinar (enfermería, psicología o psiquiatría) para tratar de forma focal (terapia focal) ítems concretos (p. ej. desesperanza o duelo reciente) y para tomar la decisión de proceder al alta del paciente tras la intervención en crisis. Para ello se han utilizado las técnicas psicoterapéuticas más aceptadas en la actualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este procedimiento se ha evaluado e ingresado a los siguientes pacientes en el año 2017 que han acudido a Urgencias con ideación autolítica. Se han visto 132 pacientes con ideación y/o intento autolítico; varios de ellos han repetido por lo cual se ha visto en total 104 y se ha ingresado 59 casos, es decir, más del 50 %. A continuación, se detallan todos los pacientes ingresados y con los diagnósticos realizados en urgencias.

INGRESOS: 59

Primer diagnóstico:

Ideas de suicidio: 16

Intoxicación no accidental por fármacos: 5

Intoxicación medicamentosa: 7

Intoxicación aguda por alcohol: 1

Intoxicación por benzodiazepinas: 2

Intoxicación por producto desconocido: 1

Intoxicación por tranquilizantes: 1

Observación para presunta enfermedad mental: 3

Observación por presunto intento de suicidio: 10

Trastorno de la personalidad no especificado: 5

Problemas/Trastornos de conducta: 2

Trastorno mixto de la personalidad rasgos límites y dependientes: 1

Rasgos vulnerables de la personalidad: 1

Depresión mayor: 1

Abuso de sedantes/hipnóticos o ansiolíticos: 1

Ansiedad: 1

Cuerpo extraño en la laringe (ingestión de cuchilla tras cortes en muñeca): 1

Segundo diagnóstico:

Ideas de suicidio: 3

Alteración de la conducta: 1

Intento autolítico: 1

Depresión: 4

Dependencia alcohólica: 1

Intoxicación por paracetamol: 1

Trastorno de personalidad con rasgos límites: 20

Trastorno de personalidad clúster B: 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Trastorno de conducta de inicio en la infancia: 1
Trastorno de adaptación con humor deprimido: 1
Trastorno delirante con ideas paranoides: 1
Trastorno disociativo/de conversión: 1
Trastorno esquizoafectivo: 1
Trastorno mixto de la personalidad: 1
Valorar clínica de espectro psicótico: 1
Rasgos vulnerables de la personalidad: 1
Trastorno personalidad clúster C: 1
Tercer diagnóstico:
Dependencia a la heroína: 1
Intoxicación aguda por alcohol: 2
Rasgos vulnerables de personalidad: 1
Dependencia a cocaína: 1
Otros estados de ansiedad: 1
Duelo prolongado: 1

A continuación, se detallan todos los pacientes no ingresados y con diagnósticos realizados:

NO INGRESO: 72

Primer diagnóstico:

Ideas de suicidio: 11

Ansiedad: 4

Abuso de alcohol: 1

Intoxicación no accidental por fármacos: 9

Intoxicación accidental por fármacos: 1

Intoxicación medicamentosa: 12

Intoxicación por antidepresivos: 2

Intoxicación por benzodiazepinas: 7

Intoxicación por paracetamol: 2

Intoxicación por sedantes: 1

Intoxicación por tranquilizantes: 2

Observación por presunto intento de suicidio: 7

Trastorno de la conducta: 1

Trastorno de personalidad no especificado: 8

Trastorno bipolar: 2

Trastorno personalidad clúster B: 15

Trastorno explosivo de la personalidad: 1

Segundo diagnóstico:

Dependencia a cocaína: 1

Abuso de alcohol: 1

Abuso de cannabis: 2

Esquizofrenia estabilizada: 1

Gesto autolítico: 2

Grave ludopatía: 1

Historia de abuso de tóxicos: 1

Ideas de suicidio: 2

Ingesta de benzodiazepinas: 2

Ingesta medicamentosa voluntaria: 2

Intoxicación accidental: 1

Intoxicación aguda por alcohol: 3

Intoxicación medicamentosa: 4

Intoxicación por AINES: 1

Observación presunto intento de suicidio: 1

Ansiedad: 2

Trastorno de la personalidad sin especificar: 4

T. Personalidad clúster B: 2

T. de adaptación: 2

Trastorno por consumo de cocaína: 1

T dependencia de alcohol y cocaína: 1

Trastorno ansioso depresivo: 1

Tercer diagnóstico:

Abuso de cocaína: 1

Episodio depresivo: 3

Abuso de cannabis: 1

Consumo perjudicial de tóxicos: 1

Intento autolítico sin letalidad: 1

Intoxicación por benzodiazepinas: 1

Trastorno bipolar: 1

Trastorno de adaptación: 1

Trastorno mixto de personalidad: 1

ABORDAJE DE LOS PACIENTES EN PLANTA:

De los 59 pacientes con ideación autolítica 29 tenían un TRASTORNO DE PERSONALIDAD, la mayoría con rasgos inmaduros-limites, el abordaje en planta ha consistido en los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

A todo paciente que ingresa en UCE se le hace una Valoración según los "Patrones Funcionales de Gordon".

En el Patrón de: Adaptación-Tolerancia a estrés se valoran los siguientes Factores de Riesgo:

Antecedentes de violencia autodirigida

Manifiesta deseos de morir (verbal)

Antecedentes de intento de suicidio

Patrón de amenaza de violencia (p. ej amenaza verbal sobre propiedades/personas, amenazas sociales, maldiciones,

actos/gestos de amenazas...

Impulsividad.

Desesperanza

Ideación suicida

Rasgos de impulsividad

Agresividad

Ansiedad

Hipersensibilidad al estrés social

Dificultad para solucionar problemas

Sentimientos de rabia

Sentimientos de vacío crónico

Pensamiento dicotómico

Se incluyen en el Plan de Cuidados el Diagnóstico de Riesgo:

Riesgo de suicidio. 00150. Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida
Factor relacionado: Manifiesta deseos de morir

NOC Autocontrol del impulso suicida

NIC Prevención del suicidio

Actividades

Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio

Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y

Franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.

Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad,

Control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva).

. Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el

Deseo de autolesión.

NIC: Manejo ambiental: prevención de la violencia

Actividades

Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros

Controlar la seguridad de los artículos que traen las visitas.

2. INTERVENCIÓN PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA. Hemos realizado una "Intervención en crisis" con la aplicación fundamentalmente de las siguientes técnicas:

2.1. Terapia dialéctica conductual. A diferencia de otros enfoques para el tratamiento de los trastornos de personalidad la terapia dialéctica evita activamente el "culpar a la víctima". El tratamiento se focaliza en la validación y el "empoderamiento". Se le ayuda a regular sus reacciones emocionales, a reducir los comportamientos extremos asociados a estas reacciones y a aceptarlas.

2.2. Terapia interpersonal. El énfasis se da al cambio en el contexto inmediata de la persona, su manera de reaccionar ante el estrés en los cambios importantes en la vida y la disfunción personal.

2.3. Terapia icónica. El uso de iconos (imágenes simbólicas que guían la conducta adaptativa) facilita la comprensión de los contenidos terapéuticos y, una vez terminada la terapia, serán evocados de forma rápida mediante la memoria visual. Esta evocación rememora, a través del icono, los conceptos terapéuticos que resultarían muy lentos y difíciles de recordar en palabras.

2.4. Terapia de solución de problemas.

RESULTADOS:

Por el seguimiento realizado en la historia clínica electrónica y si en ella no hay datos por la información de los compañeros del ambulatorio, de los pacientes que ingresaron y se ha comprobado su evolución hasta el momento ningún paciente de los ingresos con ideación autolítica y trastorno de personalidad ha terminado durante este año su vida de forma trágica; no obstante falta de comprobar un 30 % de los casos que no se disponen de datos por el momento de su evolución.

También nos falta de tratar estadísticamente datos como que rasgos psicopatológicos predominaban en los pacientes ingresados, sus perfiles sociodemográficos...; estamos recogiendo y analizando los datos y serán publicados en foros o revistas especializadas.

Esta metodología instaurada ha sido calificada como útil por la mayoría de los compañeros que realizan guardias por:

Explora de una forma reglada la psicopatología de los pacientes.

Te ayuda a la toma de decisiones.

Te sirve para justificar un ingreso involuntario, en caso de negativa de ingreso, en pacientes que dentro de su psicopatología se nieguen a hacerlo.

Desafortunadamente hemos comprobado que el problema del suicidio es mucho mas complejo y actualmente una epidemia silenciosa y no hemos conseguido reducir el número de suicidios en la provincia (24 en el año 2017);

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

por 21 en el año 2016. Esto significa lo que ya conocíamos el suicidio es un grave problema que necesita un plan o programa global y longitudinal; no como este programa de calidad que aborda una patología concreta y de una manera transversal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra impresión es que es un instrumento útil y de personalidad y en los pacientes con ideación suicida y/o gestos autolíticos en general. En especial la descripción psicopatológica y esta visión de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores según las teorías actuales de la etiopatogenia del suicidio. eficaz para la valoración y prevención del suicidio en pacientes con trastornos de la personalidad límite. Nuestra impresión es que es que la información proporcionada por la exploración de los factores predisponentes, precipitantes y la psicopatología aporta más información para tomar la decisión que el cuestionario de Horowitz que es un cuestionario de screening, pero con muy elevada sensibilidad (prácticamente todos puntúan positivo) y baja especificidad.

Nos ha ayudado para en algunos casos forzar el ingreso del paciente con el argumento de que es un "protocolo del servicio" y con la posterior solicitud de autorización judicial si es preciso.

Fue presentado en la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría y consideramos que debería -tras consensuarse con otros servicios de la comunidad- valorar la posibilidad de incluirlo en la historia clínica electrónica (quizás en un apartado restringido debido a la gran cantidad de información personal existente).

7. OBSERVACIONES.

Ya referidas anteriormente: modificarlo suprimiendo el instrumento simplificado de Horowitz.

Considerar que el programa para selección del diagnóstico psiquiátrico del servicio de urgencias del hospital "San Jorge" es en nuestro criterio inadecuado; con muchos diagnósticos como "observación por presunta enfermedad mental"; lo cual dificulta estudios retrospectivos. Este aspecto lo hemos comentado entre los profesionales e incluso con responsables de admisión; consideramos que la instauración de la posibilidad de realizar diagnósticos en urgencias, aunque fueran provisionales, con el sistema de clasificación de las enfermedades mentales (CIE-10) nos ayudaría a realizar estudios y planes de mejora como el actual.

Es obviamente insuficiente y necesita incluirse de un abordaje del suicidio más integral y longitudinal.

Sería importante conocer las características clínicas, sociodemográficas e incluso estacionales de los pacientes que han realizado un suicidio consumado; esto nos ayudaría a un plan de prevención probablemente más eficiente. El suicidio sigue siendo un tema tabú y se tiende poco a investigar los diagnósticos y los factores que pudieron tener un papel precipitante o protector de esta toma de decisión tan dramática.

.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/559 ===== ***

Nº de registro: 0559

Título
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Autores:
PELEGRIN VALERO CARMELO, ESCAR ARGUIS CESAR, JAUREGUI ISASMENDI MIREN JOSUNE, ESCARTIN LASIERRA MARTA, GONZALEZ MONSEGUER MARIA DOLORES, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISITACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se están produciendo un aumento muy importante de los suicidios consumados siendo en la actualidad la principal causa de muerte en pacientes jóvenes. Estos suicidios no son debidos a un aumento de la prevalencia del Trastorno Mental Grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor con melancolía, alcoholismo...), sino a Trastornos de personalidad con incapacidad impulsividad, inestabilidad emocional, dificultades para el manejo de la rabia y la agresividad, vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del número de suicidios consumados en el sector/area de Huesca en el año 2017 de pacientes afectados de Trastorno de la Personalidad y/o Trastornos adaptativos a conflictos de la vida diaria.

MÉTODO

- Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en urgencias de Horowitz y cols.
- Cuestionario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en atención primaria y urgencias de Torras-García y cols.
- Tras el ingreso en UCE para contención de los pacientes con riesgo de conducta suicida abordaje multidisciplinar (psiquiátrico, psicológico, social y de enfermería) tanto individual como grupal siguiendo los modelos de diatesis-vulnerabilidad al estrés de Mann y cols; e integrativos de Turecki y Oquendo. Se procederá al alta del paciente tras evaluación conjunta por todos los integrantes del riesgo suicida. Se utilizará, además de la entrevista clínica, instrumentos como la escala de desesperanza de Beck, escala de riesgo suicida de Plutchik e inventario de razones para vivir.

INDICADORES

- Número de pacientes con Trastorno de personalidad y riesgo suicida ingresados.
- Número de tentativas de suicidio realizados por estos pacientes a los seis meses del alta de la Unidad de Corta Estancia.
- Número de suicidios consumados en el año 2017 y comparación con los consumados en el año 2016 según las estadísticas recogidas.

DURACIÓN

- Octubre-Diciembre 2016: terminación del protocolo y entrenamiento del equipo.
- Octubre-Diciembre 2016: coordinación y puesta en común de los integrantes del grupo de trabajo
- Octubre-Diciembre 2016: inicio del protocolo de forma piloto para mejorar la metodología del plan de mejora.
- 2017: implementación del programa de calidad
- 2017: integrar a los equipos de atención primaria, salud mental y trabajo social comunitarios

OBSERVACIONES

Nuestro objetivo es intentar ampliarlo a la conducta suicida en general (integrando el Trastorno Mental Grave) y generalizarlo a toda la comunidad. También consideramos necesario incluir la evaluación del riesgo suicida en la historia clínica electrónica.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE EVA MARIA LACOMA LATRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LALANA EVA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
GUASCH MARCE MONTSERRAT
IBOR SERRANO LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un protocolo de actuación ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

1. REVISIÓN DEL TEMA

La realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria no está indicada ya que rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste efectiva.

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.

Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:
? Si hay síntomas cardiorrespiratorios.
? Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
? Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Se revisan los criterios de la Sociedad Americana de Radiología, con fecha de corrección de 2011, según la cual estaría indicada en pacientes mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Según el procedimiento sobre pruebas preoperatorias de los pacientes ASA 1 (pacientes sanos sin enfermedades previas), las recomendaciones al respecto están establecidas por la Sociedad Europea de Anestesia, que se basan en un documento redactado por el National Institute for Clinical Excellence en junio del año 2003 y que tiene por título "Guideline for preoperative investigations in patients undergoing elective surgery". Según dicha guía, en pacientes ASA 1, no está indicada la Rx de tórax independientemente del grado de cirugía (únicamente en pacientes mayores de 60 años en grados de cirugía 3 o 4 no existe consenso sobre su realización o no).

Según los criterios de remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por la imagen, documento elaborado como guía clínica por el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido, estaría indicado el estudio radiológico preoperatorio:

? Sólo si se va a realizar cirugía cardiopulmonar.
? Si se prevee un posible ingreso en la UCI.
? Si hay sospecha de tumor maligno ó tuberculosis.
? Si existen síntomas cardiorrespiratorios
? En pacientes muy ancianos.
? Si hay una cardioneumopatía conocida pero estudios radiológicos de tórax recientes no sería necesario repetir la radiografía.

Existen estudios que consideran que la radiografía de tórax preoperatoria debería realizarse:

? En pacientes mayores de 60 años.
? En los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios.
? En pacientes inmigrantes y en los procedentes de zonas endémicas de tuberculosis pulmonar sin radiografía de tórax previa.
? En pacientes con neumopatías crónicas, patología traqueal, cardiovascular, obesidad.
? En pacientes neoplásicos e inmunodeprimidos tratados con radioterapia y/o quimioterapia.

En el futuro programa de Garantía de Calidad del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge (en elaboración), se considerará que la radiografía de tórax preoperatoria se debe realizar en:

? Pacientes mayores de 60 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

- ? En una intervención cardio-pulmonar.
- ? Si se sospecha una enfermedad cardio-pulmonar.

2. RECOMENDACIONES

Tras revisar la bibliografía disponible, comentándolo con las especialidades implicadas y tras ser consensuado en nuestro centro se recomienda la radiografía de tórax como estudio preoperatorio en:

- ? Pacientes mayores de 60 años.
- ? Intervención cardiopulmonar.
- ? Sospecha de enfermedad cardio-pulmonar aguda o crónica.
- ? Antecedente de patología tumoral.
- ? Pacientes obesos (Índice de masa corporal mayor o igual a 30).
- ? Fumadores de 20 o más cigarrillos al día.
- ? Preoperatorio de patología tiroidea.
- ? En pacientes inmigrantes y en los procedentes de zonas endémicas de tuberculosis pulmonar sin radiografía de tórax previa.
- ? Ausencia de radiografía de tórax en los 6 meses previos a la consulta de anestesiología

3. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA SECCIÓN DE RADIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Los facultativos especialistas que soliciten una radiografía preoperatoria deberán comprobar los criterios de inclusión según el presente procedimiento previo a la elaboración del volante peticionario.

El radiólogo encargado de informar la radiología simple es el responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se van a realizar a la mañana siguiente, y éste rechaza aquellas que no se ajustan a las recomendaciones indicadas previamente.

En los casos en los que no se realiza la radiografía:

El técnico de radiología entrega al paciente una carta informativa elaborada por los radiólogos de la Sección en la que se les explica el motivo por el que se anula la exploración.

La administrativa de la Sección de Radiología debe anular la prestación e indicar el motivo de la anulación: protocolo preoperatorio.

El radiólogo, emite el siguiente informe: "Dada la edad del paciente y el protocolo establecido, se desestima la realización de la radiografía solicitada, salvo otra indicación clínica".

De este modo se pretende disminuir las radiografías de tórax preoperatorias en aquellos casos en los que no están indicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACR Appropriateness Criteria. Routine admission and preoperative chest radiography. Latest review date 2011.
2. ACR-SPR Practice Guideline for the Performance of Chest Radiography. Revised 2011.
3. Guideline for preoperative investigations in patients undergoing elective surgery <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK48482/#ch6.s5> Acceso el 21- 05-2013.
4. ACR Standards for the performance of pediatric and adult chest radiography. ACR standards 1993, Revised 2001.
5. Criterios de revisión de pacientes a los Servicios de Diagnóstico por la imagen adaptados por la Comisión Europea y expertos europeos en Radiología y Medicina Nuclear, junto con el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido 2000.
6. Macpherson DS. Preoperative laboratory testing: should any test be "routine" before surgery Med Clin North Am. 1993; 77:289-308.
7. Archer Ch, Adrian R, Levy M, McGregor M. Value of routine preoperative chest xrays: a meta-analysis. Can J Anaesth. 1993 Nov; 40(11):1022-7.
8. Serrano Aguilar P, López Bastida J, Duque González B, Pino Capote JA, González Miranda F, Rodríguez Pérez A, Erdocia Eguía J. Patrón de utilización de pruebas preoperatorias en una población sana y asintomática en Canarias. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2001; 48 (7): 307-13.
9. Oliva G, Vilarasau F, Martín-Baranera M. Survey on the preoperative evaluation in Catalan surgical centers. What is the attitude and opinion of the professionals involved? .Rev Anestesiol Reanim. 2001 Jan; 48(1):11-6.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

10. Wiencek RG, Weaver DW, Bouwman DL, Sachs RJ. Usefulness of selective preoperative chest x-ray films. A prospective study. Am Surg. 1987 Jul; 53(7):396-8.

11. Manual del programa de Garantía de Calidad. Capítulo 3, Ed1, Rev 2. 2008 Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Objetivos esperados:

Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.
Disminuir la dosis de radiación que los pacientes reciben.

- Valor de Indicadores:

Se establecerá un indicador que calcule la reducción en el número de radiografías de tórax realizadas, con el número de las realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de radiografías de tórax es una prueba muy común en cualquier servicio de Radiodiagnóstico. Se pretende disminuir su número en las cirugías programadas puesto que no existe suficiente evidencia científica de que sea necesaria su realización en el 100% de los casos. De este modo se agilizarán las peticiones en el servicio de radiología. Es importante considerar que se evitará radiación innecesaria en algunos pacientes. Por todo esto, es necesario establecer este protocolo de actuación multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.

Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO:

Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/226 ===== ***

Nº de registro: 0226

Título

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Autores:

LACOMA LATRE EVA MARIA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ LALANA EVA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO, SIESO GRACIA MARIA RUT, GUASCH MARCE MONTSERRAT, IBOR SERRANO LORETO

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: TODAS LAS CUSAS QUE REQUIERAN CIRUGÍA DE FORMA PROGRAMADA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria está cuestionada ya que rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste efectiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.

Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:

- Si hay síntomas respiratorios.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Estos criterios fueron revisados y concluyen que estaría indicada en paciente mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

RESULTADOS ESPERADOS

Consensuar entre los servicios implicados la elaboración de una guía con las indicaciones y recomendaciones que deban cumplir los pacientes para realizar una radiografía de tórax como estudio preoperatorio en pacientes con cirugías programadas.

Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.

MÉTODO

- Creación del grupo de mejora formado por médicos de radiología, anestesia, cirugía y urología.
- Reuniones mensuales del equipo para establecer las recomendaciones de la radiografía de tórax como estudio preoperatorio.
- Revisar la bibliografía disponible y evidencia científica (guías clínicas, revisiones y protocolos de otros hospitales), comentándola con las especialidades implicadas y consensuarlo con el servicio de Anestesia.
- Implementación de dicha guía/protocolo y puesta en marcha del programa.

INDICADORES

- Establecer el número de reuniones del equipo de mejora.
- Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.
- Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.
- Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.
- Se establecerá un indicador que nos calcule la reducción en el número de radiografías de tórax realizadas tras la instauración del protocolo, con el número realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

DURACIÓN

Reuniones mensuales y contacto entre los miembros del equipo de forma continuada vía telefónica o vía email.

- Fecha de inicio del proyecto 1 de octubre de 2016.
- Búsqueda de literatura científica. Octubre-noviembre 2016.
- Realización y aprobación de las recomendaciones. Enero-marzo 2017.
- Elaboración del protocolo inicial. Abril 2017.
- Presentación a servicios. Periodo de evaluación en que se admitan cambios y sugerencias. Mayo 2017.
- Periodo de adaptación al nuevo protocolo supervisado por un radiólogo responsable. Junio-julio 2017.
- Inicio del establecimiento final del proyecto, sin supervisor. Septiembre 2017.
- Fecha de revisión programada a los 12 meses. Octubre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACOMA LATRE EVA MARIA
MOLINA TRESACO PAOLA
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA
MARTIN SANCHEZ NATALIA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISIÓN:

Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angiografía, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

ACTUACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA ANTE REACCIÓN ALÉRGICA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO:

1. Parar la bomba de inyección de contraste
2. Avisar al radiólogo responsable
3. Llevar a la sala donde esté el paciente el carro de paradas
4. Teléfono BUSCA DE ANESTESIA: 524404
5. ENTORNO: monitorización del paciente: pulsioximetría y presión arterial
6. POSICIÓN: decúbito supino y piernas elevadas (si vómitos o pacientes inconscientes: posición en decúbito lateral izquierdo)
7. FÁRMACOS: Adrenalina intramuscular, 0,3 ml en cara anterolateral del muslo (puede repetirse a los 5-15 min)
8. OTRAS MEDIDAS DE SOPORTE: Oxígeno mascarilla tipo Venturi a alto flujo (10-15 L/min)

Se consensuó con el servicio de anestesiología que ante reacción alérgica moderada o grave en un paciente se contactará con el anestesiólogo de guardia vía busca. Como se venía realizando hasta ahora, los pacientes con reacción alérgica leve (náuseas, calor generalizado y rubor facial se derivarán al servicio de urgencias para observación durante 3-4 h, previo contacto telefónico.

En proyecto la realización de protocolo formal sobre la actuación y primeras atenciones al paciente que sufre una reacción alérgica al contraste yodado intravenoso. Dicho protocolo se entregará al nuevo personal del servicio de radiología el primer día de llegada al puesto de trabajo en nuestro servicio.

MEJORAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA:

Adquisición de un monitor desfibrilador para el servicio. Previamente el servicio de radiodiagnóstico compartía monitor desfibrilador con el servicio de pruebas especiales de cardiología, ubicado en el edificio anexo al hospitalario.

Nuevo carro de paros, con ruedas y fácilmente desplazable. Colocado en la sala central del servicio de radiología, con comunicación directa a todas las salas. Una enfermera del servicio de radiología revisa periódicamente el perfecto orden del material del carro, así como la existencia de suficientes recambios de cada instrumental y la fecha de caducidad de los medicamentos.

SESIONES IMPARTIDAS EN EL SERVICIO

Sesión impartida a los médicos radiólogos sobre la fisiopatología de las reacciones alérgicas por parte de la Dra Beatriz Rojas, alergóloga. El servicio de Alergología se ha incorporado recientemente en la atención al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

paciente en el hospital San Jorge.

Pendiente de realizar durante el primer semestre de 2018 sesión-curso de Reanimación Cardiopulmonar. Impartida por el servicio de Anestesiología y Reanimación. Orientada a facultativos y enfermería.

PENDIENTE DE REALIZAR

- A la mayor premura posible se iniciará la revisión de la actuación realizada en los pacientes que han sufrido reacción al contraste yodado en el último trimestre, buscando posibles mejoras. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo del proyecto de mejora, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual ya se dispone de un protocolo de tratamiento para el paciente con reacción alérgica al contraste yodado intravenoso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el momento actual ya se dispone de un protocolo de tratamiento para el paciente con reacción alérgica al contraste yodado intravenoso.

7. OBSERVACIONES.

Debido al cambio del lugar de trabajo de varios de los profesionales inicialmente implicados en este proyecto y a la nueva incorporación del servicio de alergología en el hospital, ha habido algunos cambios en los miembros del presente proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

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: reacción alérgica al contraste
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o grave al contraste yodado intravenoso
- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.
- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.
- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES

- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.
- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.
- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN

- Análisis de la situación: noviembre 2016.
- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.
- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.
- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.
- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.
- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.
- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS HIJAZO BEATRIZ
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
LACOMA LATRE EVA MARIA
SERRA PUYAL BEATRIZ
GONZALEZ GAMBAU JORGE
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ante el antecedente de reacción adversa a medios de contraste radiológico (MCR) en pacientes derivados al Servicio de radiodiagnóstico para someterse a pruebas de imagen o ante una reacción a MCR durante la prueba, el personal del Servicio de radiodiagnóstico o de Urgencias se pone en contacto con la Unidad de alergología para derivar al paciente para valoración y estudio si precisa.

Desde junio de 2018 hasta la fecha se han remitido a la Unidad de Alergología 6 pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR.

Se habló con el Servicio de farmacia para adquirir Iobitridol como una de las alternativa más adecuadas a la Iopromida (medio de contraste no iónico utilizado en el Hospital San Jorge)

En la Unidad de alergología se realiza la historia clínica a los pacientes derivados. En base a la historia clínica las reacciones adversas a MCR se clasifican en:

- fisiológicas (no alérgicas) que se resuelven espontáneamente y no hace falta estudio en alergología ni premedicar en la siguiente exploración radiológica
- Reacciones de hipersensibilidad inmediatas, que ocurren en la primera hora y que pueden ser mediadas por IgE o por liberación inespecífica de mediadores de mastocitos y basófilos
- Reacciones de hipersensibilidad tardía, que ocurren entre la primera hora y la primera semana y que están mediadas por linfocitos T.

En función de si la reacción es inmediata o tardía se realizan pruebas cutáneas en prick e intradérmicas en las primeras y epicutáneas en las segundas, siempre con los contrastes utilizados en el servicio de radiodiagnóstico del hospital San Jorge (Iopromida y Amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio según prueba de imagen realizada) y con la alternativa a utilizar, si fuera necesario, para futuras exposiciones (Iobitridol).

En función de la gravedad de la reacción inmediata y del resultado de las pruebas cutáneas se realiza una prueba de exposición con una alternativa con o sin premedicar con corticoide y antihistamínico.

Los recursos empleados han sido medios de contraste radiológico: Iopromida (Ultravist), amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio (Gastrografin) y Iobitridol (Xenetix), lancetas, jeringas, agujas, soportes para pruebas epicutáneas, esparadrapo.

De los 6 pacientes remitidos 2 tuvieron reacciones fisiológicas y no hizo falta realizar estudio.

Un paciente tuvo una reacción inmediata severa con Iopromida consistente en urticaria, vómitos, disnea con Saturación de oxígeno del 70%. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar premedicación y exposición con una alternativa diferente al medio de contraste con el que tuvo la reacción (Iobitridol cuyas pruebas cutáneas fueron negativas).

Otro paciente tuvo una reacción inmediata moderada con un medio de contraste radiológico iónico (Amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio) consistente en angioedema facial y prurito generalizado. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar medios de contraste radiológico no iónicos con premedicación para evitar recurrencias.

Los dos últimos pacientes tuvieron reacciones tardías consistentes en exantemas maculopapulos pruriginosos generalizados. En el momento actual no han sido visitados por el servicio de Alergología. Se les realizarán pruebas epicutáneas y en prick e intradérmicas con lectura tardía, pendientes de resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido crear una línea de derivación de pacientes desde el servicio de Radiología o urgencias al servicio de alergología para el estudio de las reacciones al contraste yodado.

Tras el estudio alergológico preciso se valora contraste alternativo si es posible para próximos estudios radiológicos.

Objetivos esperados:

- Remitir al servicio de Alergología a todos aquellos pacientes que sufren reacción de hipersensibilidad al contraste.
- Detectar las reacciones fisiológicas y no confundirlas con reacciones adversas. El 33,3% de las reacciones que presentaron los pacientes derivados a Alergología se consideraron reacciones fisiológicas.

Valor de indicadores:

- Número de derivaciones al Servicio de alergología entre el total de pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

2. Número de reacciones fisiológicas entre el total de reacciones de los pacientes derivados a la Unidad de alergología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El contraste intravenoso aumenta la sensibilidad en la detección de patología y muchas veces es imprescindible para el diagnóstico. No todas las incidencias registradas a raíz de la inyección de contraste yodado son reacciones adversas ni hay por qué evitar todos los MCR. Por este motivo es importante una valoración detenida de las reacciones adversas a MCR. El impacto de este proyecto es destacar la importancia de la colaboración entre los servicios de alergología y radiodiagnóstico para que ante un antecedente no confirmado de reacción adversa a MCR en un paciente o una reacción a los mismos el paciente sea derivado a la consulta de Alergología con la máxima información posible (medio de contraste utilizado, síntomas que ha presentado y tiempo transcurrido desde su administración) para su valoración.

7. OBSERVACIONES.

El número de derivaciones al Servicio de alergología no ha sido todo lo deseable. Por este motivo continuaremos el registro de derivación y mantendremos contacto ambos servicios para ver futuras opciones de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

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: reacción alérgica al contraste
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

grave al contraste yodado intravenoso

- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.
- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.
- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES

- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.
- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.
- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN

- Análisis de la situación: noviembre 2016.
- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.
- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.
- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.
- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.
- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.
- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1397

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE SANTIAGO MORALES BALIEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PANIEGO LOPEZ ANA
OMIST ONDIVIELA SUSANA
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
ELBOJ SASO SALAS
AZANZA PARDO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2017 se ha creado el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales.
Realización de Focuss por parte del equipo médico y de Fisioterapeutas
Incluir en el tratamiento nuevas técnicas:
Hemos realizado tratamiento del linfedema con nuevas técnicas de drenaje (Godoy) además de la que se hacía habitualmente (Leduc)
En este momento pendientes de finalizar el algoritmo de prevención y tratamiento desde la intervención quirúrgica.
Reunión pendiente el 1 de Febrero en Hospital Miguel Servet de los responsables de Linfedema de los distintos Hospitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Unificar criterios sobre todo en cuanto al tratamiento
Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo a partir de Marzo-Abril
Indicador:
Mejoría del Linfedema: disminución de la Circunferencia después del Tratamiento
Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que mediante la realización de la técnica de Godoy, los resultados obtenidos han sido buenos en la mayoría de los casos.
Han quedado pendientes que para la actualización del tratamiento sería preciso la incorporación de nuevos materiales que mejoran la efectividad del tratamiento:
Terapia linfática mecánica con aparatos de terapia pasiva de compresión- contención, "Vendaje Gorgurao" o similar EESS. Terapia de
Otro tipo de vendajes para Terapia de Compresión.
Formación en la técnica de Godoy de otros fisioterapeutas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1397 ===== ***

Nº de registro: 1397

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DOCUMENTADO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Autores:
MORALES BALIEN SANTIAGO, PANIEGO LOPEZ ANA, OMIST ONDIVIELA SUSANA, CARNICER CORTES ISABEL, GARCES PEIRON ANA, VERA BLASCO NAUSICA, DE ARCE OSUNA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Linfedema

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1397

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGÍA MAMARIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Rehabilitación realiza prevención de linfedema en las pacientes intervenidas de patología mamaria. El médico Rehabilitador visita a la paciente en el ingreso hospitalario, en los primeros días del postoperatorio. En esa primera visita se valora la movilidad, se entrega folleto de la aecc y se dan recomendaciones. Todas son citadas en la consulta en un mes aproximadamente para valorar si precisan tratamiento. Algunas de ellas son incluidas en un grupo de terapia. En el caso de que aparezca linfedema realizamos tratamiento mediante Drenaje linfático manual, Presoterapia, Vendaje multicapa etc. Todas actividades se realizan sin tener un protocolo documentado y falta también indicadores de medida que evalúen el beneficio que se obtiene con las intervenciones tanto de prevención como terapéuticas. En estos momentos se están utilizando nuevas técnicas que no se venían utilizando hasta ahora y que mejoran o sustituyen a las que se venían utilizando anteriormente.

RESULTADOS ESPERADOS

. Elaborar un protocolo documentado de prevención y tratamiento del linfedema de acuerdo a la norma de control de documentación del sector.
- Actualizar los tratamientos con nuevas técnicas
- Recoger datos que permitan valorar objetivamente la mejoría

MÉTODO

- Reunión del equipo de mejora para, basando en el trabajo realizado hasta el momento y las técnicas de tratamiento más actuales, elaborar un protocolo de actuación
- Incluir en el tratamiento nuevas técnicas
- Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo

INDICADORES

INDICADORES

Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo : Sí/No

Mejora del tto del linfedema: % pacientes con disminución de la circunferencia después del tratamiento

DURACIÓN

El primer semestre del 2017 se crea el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales. A fin de año se pretende tener elaborado e implementado el protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CLARA NAVARRO PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BESCOS LACAMBRA NURIA
BELLOC BARBASTRO BLANCA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Realización de la "guía sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos".

*2018: Actualización y realización de procedimientos de enfermería relacionados con la terapia intravenosa (incluidos en la mencionada guía):

- Cateterización central de inserción periférica de corta y larga duración.
- Cateterización de vía venosa periférica
- Preparación para cateterización central.
- Normas de sellado de vías venosas centrales y periféricas.
- Extracción de sangre a través de CVC.
- Técnica de desobstrucción de catéter central de inserción periférica.
- Mantenimiento extra e intraluminal de dispositivos de acceso venoso central.
- Mantenimiento extra e intraluminal de dispositivos de acceso venoso periférico.
- Mantenimiento de Hickman y PICC

*Realización de un listado de medicamentos más utilizados en Medicina Interna y Digestivo Osmolaridad>600mOsm/l y/o Ph <5 o >9.

*Análisis de índice de flebitis en la unidad por especialidades. Evolución en los tres últimos años (Medicina Interna y Digestivo).

*Realización de Sesión de Enfermería en la unidad sobre cuidados y mantenimiento de vías venosas periféricas y centrales.

*Difusión entre los facultativos de MIR y Digestivo de la indicación de canalización de vía central si cumple los criterios de la guía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disminución del índice de flebitis en la unidad de medicina interna
- Realización de la guía de terapia intravenosa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Importancia en la asepsia en el cuidado de la vía así como el tipo de vía necesaria según el medicamento prescrito

-Pendiente que la guía sea aprobada por la comisión de calidad para su publicación en la intranet y así estar accesible para su consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

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: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.

Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.

Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.

Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)

Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)

Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.

Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.

Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.

Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA LACOSTENA PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BEITIA MENDIOLA BEGOÑA
BUESA ESCAR ANA MARTA
NUÑEZ ALLUE ANA CRISTINA
QUILEZ PEREZ LUCIA
OLIVARI MONTOYA MARIELLA
VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN
GALLEGO ESTRADA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio por parte de todo el grupo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos
Reuniones posteriores en septiembre y octubre de 2017 para resaltar los puntos que debe de contener el protocolo de nuestro centro
Revisión de los protocolos y la guía de procedimiento del hospital para actualizar los ya existentes y elaborar los nuevos en noviembre y diciembre de 2017
Elaboración de una presentación para difundir a todo el personal del hospital el nuevo protocolo en octubre de 2017
Presentación a las diferentes unidades del protocolo, comenzando en noviembre de 2017
Seguimos en fase de difusión actualmente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central y periférico,
No hay mas resultados pues estamos en pleno periodo de difusión del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo valora la presentación como la mejor herramienta para difundir el proyecto.
Queda pendiente realizar la presentación a parte de las unidades del centro.
El próximo estudio se realizará en cuatro meses tras la presentación a todo el personal de enfermería que cuida las vías y de medicina que las inserta.
La unificación en los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías en todo el hospital para conseguir unos resultados que mejoren la seguridad del paciente y reduzcan las complicaciones derivadas de su uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/738 ===== ***

Nº de registro: 0738

Título
IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA INSERCIÓN Y CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

Autores:

LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, UNGRIA MURILLO JULIA, VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN, BEITIA MENDIOLA BEGOÑA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ARA GABAS MONICA, OLIVARI MONTOYA MARIELLA, EITO ARNAL ANTONIO JOSE

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: PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES NO PERMANENTES
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. De igual forma en nuestro hospital se encuentra implantado hace ya varios años el proyecto de Bacteriemia Zero en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dado los buenos resultados obtenidos merced a ambos proyectos, y estimando necesario ampliar estas iniciativas de mejora de la sensibilidad de los profesionales y reducción de la variabilidad en la práctica clínica a las vías centrales en todo el hospital, es por lo que promovemos esta nueva iniciativa. Somos conocedores de que el volumen de las vías centrales en las plantas es menor pero no así la gravedad de las complicaciones que se puede derivar de su uso. Por todo ello, pretendemos implementar un programa de formación de las enfermeras en nuestro centro, con el fin de conseguir una práctica clínica más homogénea basada en las últimas recomendaciones. Para ello se adaptarán los diferentes protocolos de enfermería del mantenimiento de vías venosas centrales de nuestro centro, entre otros, a las medidas enunciadas en el protocolo de Bacteriemia Zero y a la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no permanentes en adultos editada en 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Número de bacteriemias por cada 1000 días de catéter venoso central en Unidades de Cuidados Intensivos: 2,18 en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificación de los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías venosas centrales en todo el Hospital General San Jorge de Huesca.
- Reducción de las complicaciones asociadas a las vías venosas centrales.
- Mejora de la seguridad de los pacientes portadores de estos dispositivos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basada en las últimas evidencias.
Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central.
Diseño de una presentación sobre los cuidados del catéter venoso central. Presentación de los documentos a través de reuniones informativas en las diferentes unidades. Responsable:
Seguimiento de los indicadores de los cuidados del catéter venoso central. Realizando un estudio posterior y a los 4 meses de las presentaciones.

INDICADORES

Nº de profesionales formados
Existencia del protocolo de mantenimiento de vías centrales actualizado en la unidad.
Número de vías centrales con el apósito manchado, mojado y/o despegado/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de vías centrales con todos los accesos cerrados con conectores/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de vías centrales con lista de chequeo realizada en la inserción/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de registros de vía central/ nº total de vías centrales revisadas
Número de pacientes en los que se puede verificar en el registro el cambio de llaves y sistemas entre 4 y 7 días (excepto transfusiones, lípidos o causa justificada)/ nº total de vías centrales revisadas.

Se obtendrán a través de la realización de un muestreo aleatorio y en las unidades informatizadas con gacela o en la UCI, cuando se encuentre disponible, algunos de ellos se podrán obtener mediante explotación informática.

DURACIÓN

Septiembre de 2016: Reunión con los profesionales responsables del grupo motor y realización de una propuesta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

de presentación con diapositivas para llevar a cabo la formación.

Noviembre: Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central

Noviembre 2016- Febrero 2017: Realización de la formación en las unidades diana.

Mayo 2017: Evaluación de los indicadores

Octubre- Noviembre de 2017: Evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MANUEL MUÑOZ PINTOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARQUINA BARCOS ADOLFO
PUJOL KELLER ANA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA
CRISAN ANDREA
CUARTERO CUENCA BERTA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
TEJEDOR MENDEZ REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se parte de una situación inicial ya conocida, que demuestra la necesidad de aplicar este programa. En el proyecto de calidad con el mismo nombre Fase 1 se obtienen los siguientes datos:
De 31 pacientes diagnosticados de SCASEST a lo largo de un semestre (primer semestre de 2016) se les calcularon las escalas de riesgo vascular a 17.
Se puso en marcha un programa de formación entre el personal medico para concienciarlos de la necesidad indispensable de realizar las escalas pronosticas de riesgo isquemico y de sangrado. Así mismo se actualizaron los conocimientos y las ultimas guías clínicas para protocolizar que antiagregante es el indicado en base al riesgo isquemico/hemorragico de cada paciente.
Se protocolizaron las ultimas guías clínicas y se pusieron en funcionamiento
Se realizo una hoja de recogida de datos con diferentes ítems, que sirvió para realizar un estudio transversal donde primero se realizo un estudio univariable y luego bivivariable mediante chi cuadrado
A lo largo del segundo semestre de 2016 se realizaron dos sesiones clinicas informativas a cerca de los ultimos protocolos de Cardiopatía isquemica asi como los ultimos estudios y datos obtenidos en pacientes de vida real. Con esta informacion se intenta transmitir la necesidad de realizar las escalas de cara a iniciar el tto antiagregante adecuado. Asi mismo se insta a realizar las escalas y a transcribirlas al informe del PCH, dado que se piensa que uno de los problemas es realizarlas pero no transcribirlas.
La muestra fue de 72 pacientes en un periodo de doce meses (2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se espera que de todos los pacientes a los cuales se les calculan las escalas de riesgo isquemico/hemorragico estén correctamente antiagregados en un porcentaje >95%.
Un 100% de los pacientes a los que se les calcularon las escalas TIMI/CRUSADE estaban correctamente antiagregados según las guías
De los antiagregados calcular el riesgo hemorrágico y el riesgo Isquemico en un porcentaje > 90%
De todos los pacientes antiagregados en un SCASEST se les calcularon las escalas a un 95%. . 68 de 72 pacientes
De todos los pacientes con diagnostico de SCASEST se espera que estén correctamente antiagregados >90%
De todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST están correctamente antiagregados el 96,7%, con una p 0,029
.Fueron 70 pacientes de 72.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos podido comprobar que los resultados reflejan una mejora en la calidad asistencial de los pacientes con SCASEST y sobre todo que el programa formativo a nivel del personal medico ha servido para actualizar y mejorar la práctica clínica entre los profesionales.
Se puede concluir que a nivel asistencial no hay errores en el tto medico del SCASEST 97% y que cuando se realizan las escalas se siguen las guías clínicas 100%.
Aclarar desde el punto de vista formativo que solo es necesario realizar la escala TIMI SCASEST y CRUSADE. No es necesario realizar la HAS/BLED que valora el riesgo hemorrágico en pacientes anticoagulados. De los 68 pacientes a los que se les calculo el riesgo hemorrágico se utilizo en 35 de ellos la escala HAS/BLED.

7. OBSERVACIONES.

Mi mayor decepción ante el programa de apoyo, es la dificultad para controlar el inicio y fin de cada plan de calidad y la solapacion entre la evaluación del anterior y la configuración del actual.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/7 ===== ***

Nº de registro: 0007

Título
PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

Autores:

MUÑOZ PINTOR MANUEL, MARQUINA BARCOS ADOLFO, PUJOL KELLER ANA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, CRISAN ANDREA, AMPARO REYES MERLIN ERNESTO, MARTINEZ CASTILLON DIEGO, ORTEGA ORTEGA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el pasado año, pusimos en marcha la primera fase del programa para conocer los resultados reales del uso de las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en el SCASEST. Con anterioridad al plan de mejora solo a dos pacientes de treinta y dos SCASEST se les calcularon las escalas de riesgo isquemico/ hemorragico. Tras la puesta en marcha del programa, el resultado obtenido muestra que todos los pacientes a los que se les calcularon las escalas estaban correctamente antiagregados y que a todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST se les trato con el AA adecuado segun las ultimas guias de SEC. Sin embargo, el resultado obtenido no fue el esperado debido a que solo se realizan las escalas en el 55% de los pacientes cuando esperabamos el 90%. Por otro lado hemos observado que en estos pacientes en los que se realizaron las escalas de riesgo, tb se realizo la escala HAS/ BLEED que no es necesaria en este tipo de patologia. Es en base a estos resultados por lo que consideramos necesario continuar nuestro programa para mejorar los datos previos.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es mejorar el resultado obtenido en el estudio realizado y conseguir que a los pacientes diagnosticados de SCASEST mediante nuestro plan de mejora se les realizen las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en un porcentaje proximo al 90%.

MÉTODO

Antes de poner en marcha el plan de mejora la situacion actual era claramente pesima, es por este motivo que consideramos que nuestra intervencion ha sido claramente favorable y efectiva hasta ahora. El plan de mejora consistira en prorrogar nuestra actividad en el tiempo e intensificar nuestra formacion. Analizada ya la situacion actual del problema realizaremos intervenciones por medio de sesiones clinicas para continuar adquiriendo estas habilidades. Hemos llegado tambien a la conclusion de que una de las causas de estos pobres resultados puede ser que las escalas se realizen pero no se transcriban al informe del PCH, por tanto no se refleja que se hayan realizado. Como novedad en nuestro plan incidiremos en que las escalas se deben realizar y transcribir al informe del PCH.

INDICADORES

- Escala GRACE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.
- Escala TIMI score (SCASEST) n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.
- Escala CRUSADE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala

DURACIÓN

- Partimos de una situacion actual en la que ya conocemos los resultados y en la que ya se encuentra en funcionamiento nuestra estrategia, por lo tanto desde el primer momento intensificaremos nuestra intervencion previa durante un periodo de doce meses.
- Analizaremos los resultados obtenidos, con nuestro plan de mejora, primero por medio de un estudio univariable y luego por medio de uno bivivariable con chi cuadrado.
- Por ultimo compararemos estos resultados con los obtenidos anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MEJIA ESCOLANO DAVID
CAJA BUETAS ROSA MARIA
PINIES LLORET LOURDES
GALLEGO LLORENS ROSA
MORENO SIERRA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez formado el equipo de trabajo multiprofesional, se ha elaborado y documentado el PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA (se adjunta).

Se ha revisado por la Unidad de Calidad del Sector y aprobado por la dirección.

Se han elaborado así mismo tres documentos derivados del proceso:

ANEXO 1. Folleto Información a pacientes y familiares del SU.

ANEXO 2. Tríptico de información del Triage del SU.

ANEXO 3. Protocolo de información para pacientes y familiares del SU del HSJ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Garantizar la información a pacientes y familiares que son atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca.

- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y familiares.

- Humanizar la asistencia a pacientes y familiares.

- Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta de información

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Información es un elemento capital en la relación paciente/profesional sanitario, siendo fundamental en el proceso asistencial, a la vez que una herramienta eficaz a la hora de establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias

Protocolizar todos los aspectos relacionados con la información, ayuda a mejorar la atención en urgencias. Queda pendiente valorar la satisfacción de pacientes atendidos y familias y la medición de los indicadores identificados para medir el proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1292 ===== ***

Nº de registro: 1292

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA, PINIES LLORET LOURDES, GALLEGO LLORENS ROSA MARIA, MEJIA ESCOLANO DAVID, SARIÑENA GRACIA MARIA FELISA

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: Pacientes y familiares que acuden al Servicio de Urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El HSJ proporciona asistencia dirigida a la comunidad de acuerdo a los "principios de equidad, solidaridad, universalidad e integración social".

Misión

El HSJ despliega la misión del SALUD en todos los ámbitos de la asistencia.

Está formado por un conjunto de profesionales que, con su esfuerzo diario y trabajo en equipo, proporcionan la mejor asistencia posible en sus episodios de salud, caminando hacia la calidad total.

El objetivo es satisfacer las expectativas de todas las personas de la organización y de la comunidad, con el desarrollo, reconocimiento y participación de los profesionales de la organización.

Visión

El HSJ se perfila como un Centro formado por profesionales las personas. Esta atención se basa en el trato respetuoso y la mejora continua de nuestro trabajo bajo el marco de la excelencia, proporcionando a las personas la resolución óptima de sus problemas de salud

Valores

-Tomando como base los valores del SALUD, el hospital asume como propios:

-Participación de las personas en las decisiones sobre su salud.

-Profesionales cualificados que cuentan con medios técnicos y formativos adecuados y que participan en las decisiones de la organización.

-Asistencia segura basada en el mejor conocimiento científico

La información constituye uno de los componentes más relevantes de la calidad en el ámbito sanitario, sobre todo desde el punto de vista de la calidad percibida por los usuarios del sistema sanitario. La información a pacientes y familiares sobre la situación clínica y el proceso asistencial es básica para garantizar el derecho a la información que está reconocido en la Ley de Sanidad.

La información es un elemento fundamental en la relación paciente/profesional sanitario, siendo un elemento capital del proceso asistencial, a la vez que es una herramienta eficaz a la hora de establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias. Una de las principales quejas que refieren tanto los pacientes como los familiares de los Servicios de Urgencias, es la escasa y/o deficiente información recibida sobre el estado de salud del paciente. Autores con Schwarts y Overton ponen como prioridad para disminuir las quejas del enfermo y aumentar su satisfacción que " el personal debe hacer todos los esfuerzos necesarios para proporcionar a los enfermos y a sus familiares toda la información posible". Además, la información a los pacientes y familiares ayuda a disminuir la ansiedad inherente a la atención de situaciones urgentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar la información a pacientes y familiares que son atendidos en el Servicio de Urgencias del HSJ.

Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y familiares

Humanizar la asistencia a pacientes y familiares

Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta de información

MÉTODO

Establecer un protocolo de información y acogida a pacientes y familiares, en el que se describa la dinámica asistencial del Servicio de Urgencias, así como qué tipo de información se da, y quién es el responsable de facilitar dicha información.

INDICADORES

1) Información a los pacientes

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° pacientes informados/ N° pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100

Explicación de términos: Paciente informado: pacientes que responden sí a las preguntas de satisfacción referidas a la información

Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados o derivados a otros centros

Tipo resultados

Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción. Documentación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

y registros de la Unidad de Atención al Paciente
Estándar: Superior al 90%

2) Existencia de protocolo de información a pacientes y familiares

Dimensión: Satisfacción. Seguridad

Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO

Explicación de términos: El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencial en urgencias, así como el responsable de proporcionarla

Población: Protocolos de Servicio de Urgencias

Tipo: Estructura

Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias

Estándar: Si

3) Reclamaciones por desinformación

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de reclamaciones por falta de información/ N° de personas atendidas desde urgencias x 100

Explicación de términos: Reclamaciones : verbales o por escrito a la Unidad de Atención al paciente, referidas a la falta de cualquier tipo de información a pacientes y/o tutores de pacientes atendidos en urgencias, así como a sus familiares

Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado

Tipo: Resultado

Fuente de datos: Documentación y registros de SUH y registros de la Unidad de Atención al paciente

Estándar: 0,1/1000 urgencias

DURACIÓN

Realización del protocolo en el primer semestre de 2017, implantación durante el 2º semestre. Evaluación anual desde su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1259

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE INGRID GUIOTE PARTIDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO ARIÑO ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
FONT CELAYA JAVIER
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Elaboración del proceso durante abril y mayo de 2017.
· Ajuste nuevo protocolo hasta julio de 2017.
· Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
· Implantación definitiva a partir de octubre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Tiempo entre la inclusión en LEQ y la realización de la biopsia de 11,77 días (criterio establecido en 1 mes).
- Tiempo entre la realización de la biopsia y visita del paciente en la consulta 20,48 días (criterio establecido en 6 semanas).
- Porcentaje de casos positivos comentados en sesión conjunta: 80% (criterio establecido en 85%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del 1 de junio al 30 de octubre de 2017 se han realizado en el Servicio de Urología 45 biopsias de próstata, con una incidencia de cáncer detectado del 44,4% (20 casos). La asignación rutinaria de fecha de quirófano y la solicitud de cita de control ha sido correctamente implantada.
Durante el período vacacional no se han podido comentar 4 casos de biopsia positiva por diferentes motivos, pero el cumplimiento de las sesiones en el período ordinario ha sido correcto.
La extracción de datos es un proceso laborioso con riesgo de inducir a errores, ya que hay que realizarlo de manera "artesanal", entrando en varias páginas de la historia y creando registros manuales.

RECOMENDACIONES:
Solicitar apoyo informático para el acceso a los datos básicos necesarios para el control del proceso.
Establecer alternativas y opciones al registro de casos y realización de sesiones en los periodos de menor personal/ mayor carga asistencial.

7. OBSERVACIONES.
La disminución de disponibilidad de quirófano durante el mes de agosto, aumentan ligeramente el tiempo entre la inclusión en lista de espera y la realización de la biopsia, que sólo en 1 caso sobrepasó el mes que establecimos como criterio de calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1259 ===== ***

Nº de registro: 1259

Título
PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Autores:
GUIOTE PARTIDO INGRID, BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, FONT CELAYA JAVIER, DOLEZAL PETR, APARICIO JUEZ LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: cáncer de próstata
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1259

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de próstata es una patología prevalente en nuestro medio. El diagnóstico precoz y su tratamiento son fundamentales para aumentar la supervivencia en esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es la mejora en eficiencia del proceso de diagnóstico (biopsia de próstata y estudio de extensión) de cáncer de próstata, así como de la indicación de tratamiento del mismo.

MÉTODO

- Optimización de los intervalos de diagnóstico y realización de pruebas complementarias durante el proceso.
- Establecimiento de criterios consensuados y basados en la evidencia para la indicación de solicitud de pruebas y posterior tratamiento.

INDICADORES

- Tiempo desde la indicación de biopsia de próstata hasta realización de la misma. (3 semanas-1mes).
- Tiempo desde la realización de la biopsia hasta indicación terapéutica (4 semanas-6 semanas)
- Porcentaje de casos de cáncer detectado comentados en sesión con establecimiento de consenso de decisión terapéutica (75-85%)

DURACIÓN

- Elaboración del proceso durante los meses de abril y mayo de 2017.
- Ajuste de las actividades actuales al nuevo protocolo hasta julio de 2017.
- Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
- Implantación definitiva a partir de octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA RUIZ RAMIRO
BONO ARIÑO ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
ABAD ROGER JORGE
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el inicio de este Proyecto en el primer semestre del 2017 se ha creado la consulta especializada en Tumor Vesical. Se designaron 2 Facultativos responsables de dicha consulta, que se lleva a cabo los lunes y martes en la consulta número 19 del hospital San Jorge de Huesca. Para ello se ha creado, desde el Servicio de Citaciones, la prestación "tumor vesical" y el código 2.69 para identificar y remitir a los pacientes con esa patología a las consultas designadas a tal efecto.

Se ha cumplido con el calendario marcado al inicio del proyecto. Así, en mayo-junio de 2017 se designaron los 2 Facultativos especialistas adscritos al Servicio de Urología responsables, así como las consultas físicas a utilizar (consulta número 19, los lunes y martes).

Desde julio de 2017, todos los pacientes con tumor vesical visitados en las consultas de Urología, se remiten para las siguientes revisiones rutinarias a las consultas asignadas.

En diciembre 2017 - enero 2018 identificamos problemas como la no utilización de códigos o prestaciones que identificaran a los pacientes que presentan esta patología; por lo que en varias ocasiones se citaron en otras consultas urológicas (no lunes o martes en la C.19). A raíz de esto, y en colaboración con el Servicio de Citaciones, se fijaron la prestación "tumor vesical" y el código 2.69

Para el desarrollo de este proyecto se han utilizado tanto la Actualización de los protocolos de seguimiento de Tumor vesical de bajo, intermedio y alto grado; como la actualización de las pautas de instilación endovesical del quimioterápico Mitomicina C y la inmunoterapia BCG. Dichas actualizaciones, basadas en las Guías Clínicas Europeas de Urología, se han elaborado como Proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica 2016 por parte del Servicio de Urología, adaptándolas a nuestro medio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como objetivo inicial del Proyecto nos marcamos la creación de una Consulta especializada en Tumor Vesical. Dicha consulta está en marcha desde el segundo semestre de 2017.

Los pacientes que presentan esta patología son revisados habitualmente cada 6 meses con pruebas complementarias como ecografía, citologías urinarias, cistoscopias... Así, los pacientes remitidos a la Consulta Especializada de Tumor vesical en el segundo semestre de 2017 se están visitando en la actualidad. Sobre ellos se están aplicando los Protocolos actualizados de seguimiento e instilaciones endovesicales.

El control de pacientes fuera de seguimiento óptimo (en cuanto a tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento per sé), según Guías Clínicas y los protocolos actuales del Servicio son < 10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de una Consulta especializada en Tumor Vesical mejora el rendimiento en la visita de pacientes con esta patología. Reciben un seguimiento estrecho, preciso y acorde a los Protocolos y Guías Clínicas según grupos de riesgo; evitando variabilidad interprofesional.

Los pacientes atendidos agradecen tener un Facultativo (o dos) de referencia, aunque la satisfacción de los mismos según encuesta (tipo ISO) no se ha realizado debido al escaso tiempo de seguimiento en la actualidad. Sería una oportunidad como Proyecto de Acuerdo de Gestión futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1286 ===== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, NAVAS PIEDRAFITA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

DANIELA, SUBIAS BARDAJI PILAR, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE, ABAD ROGER JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario. Su evolución es impredecible y con el tiempo el 50-88% presentan recidivas. La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. Los tumores vesicales no músculo-invasivos pueden presentar un amplio abanico de comportamientos en cuanto a recidiva y progresión se refiere, dividiéndose en 3 grupos; desde un grupo de bajo riesgo, hasta el grupo que consiste en pacientes que cursan con tumores que presentan una relativa agresividad ya desde el inicio, y que aproximadamente un 45% de los pacientes progresarán a tumores músculo-invasivos. Esta heterogeneidad complica la elección del tratamiento y seguimiento correcto para cada paciente; es por eso por lo que se intenta estratificar a los pacientes según grupos de riesgo de recidiva y progresión.

Actualmente, los facultativos del Servicio de Urología del hospital San Jorge de Huesca atienden en las Consultas Externas toda clase de patología urológica, sin diferenciación por grupos de patología. Los pacientes con tumores vesicales corresponden a un alto porcentaje de las consultas programadas cada día; además de la Consulta de Enfermería para instilaciones de quimioterápicos endovesicales que se realiza una vez por semana, para tratamiento adyuvante del tumor vesical no músculo-invasivo. En el año 2015 (pendientes aún de la estadística de 2016) diagnosticamos en nuestro Servicio 45 nuevos casos, realizamos 126 cirugías endoscópicas (resección transuretral de tumor vesical, biopsias vesicales, etc.), 150 cistoscopias en la Consulta y 424 instilaciones endovesicales con quimio o inmunoterápicos. La elevada incidencia y prevalencia de esta patología uro-oncológica y su complicada heterogeneidad precisa, por parte de los Especialistas en Urología, un gran conocimiento de esta enfermedad, así como la implicación explícita por parte de los Facultativos de actualización permanente en este ámbito urológico. La implementación de esta Consulta mejorará el rendimiento de la consulta, ya que los pacientes recibirán un seguimiento estrecho, preciso y evitando estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a su riesgos de recidiva y/o progresión de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con Tumor vesical, llevada a cabo por 2 Facultativos Especialistas del Servicio de Urología.

Se pretende fijar objetivos y analizarlos, detectando debilidades y proponiendo líneas de mejora; analizar las necesidades y el uso-consumo adecuado de medios en esta Unidad; potenciar y motivar el trabajo conjunto; fomentar la responsabilidad individual de los Facultativos; profundizar en el estudio y desarrollo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer vesical no músculo invasivo e invasivo, que redundará en la satisfacción del paciente y en una mayor producción científica-investigadora.

MÉTODO

Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la consulta semanal de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos.

Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta especializada.

Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales. La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

INDICADORES

Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio < 10%
Satisfacción pacientes atendidos mediante Consulta especializada en Tumor vesical; según encuesta de satisfacción (ISO) 100%

DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

•Mayo-Junio 2017: Organización del Servicio de Urología para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de 2 Consultas especializadas en Tumor vesical.

•Junio-Julio 2017: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento por tumor vesical a estas consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

- Noviembre-Diciembre 2017: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Marzo-Abril 2018: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARCELLER TEJEDOR ELENA
GUIOTE PARTIDO INGRID
DOLEZAL PETR
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Mayo-Junio 2017: Revisión de la última evidencia científica basada en guías de práctica clínica a nivel nacional e internacional (europeas y americanas) y adecuación de la misma a nuestro entorno y recursos.
- Mayo-Junio 2017: Colaboración con otros servicios de Urología de la comunidad.
- Mayo-Junio 2017: Elaboración de documentos para cada uno de los grupos de riesgo con el fin de alcanzar la máxima agilidad en consulta.
- Junio-Julio 2017: Inicio de consulta especializada con apoyo en dichos documentos.
- Julio 2017 - Marzo 2018: Detección de problemas, corrección de los mismos, ajuste de protocolos a dichos problemas, propuestas o solicitud de medios al resto de servicio.
- Marzo - Abril 2018: Valoración de resultados, de cumplimiento de objetivos, de percepción y satisfacción de pacientes y profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A Febrero de 2018 y tras la correspondiente revisión de la literatura se han identificado 3 grupos de riesgo de recidiva y progresión en base a características del tumor vesical (alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo). De acuerdo a estos grupos, se han realizado 3 propuestas de seguimiento y de tratamiento adyuvante según lo encontrado en la bibliografía y tras colaboración con otros servicios de Urología de Aragón, dichas propuestas han sido consensuadas y refrendadas por el resto del servicio de acuerdo a la larga trayectoria del mismo en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento en nuestro entorno y con los medios de que se dispone.
Se han elaborado documentos de lectura fácil para el manejo de cada paciente que serán incluidos en la historia clínica de modo que en el caso de que los responsables de la consulta se encuentren fuera del Hospital (Vacaciones, días libres etc.), dicha consulta pueda seguir su funcionamiento normal con cualquiera de los otros facultativos.
Actualmente nos encontramos reclutando todos los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este seguimiento, bien los que ya están siendo controlados en consulta por antecedente de tumor vesical, bien los que están siendo sometidos a tratamiento adyuvante endovesical o bien aquellos diagnosticados "de novo" y dados de alta en planta (de tal forma que acuden a la consulta habilitada para tal fin).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un protocolo que estandarice el seguimiento de los pacientes afectos por carcinoma vesical no musculoinvasivo resulta fundamental para ajustar los recursos a los requerimientos de cada paciente. La aplicación del mismo ha sido bien aceptada tanto por los profesionales implicados como por los pacientes. El momento de mayor dificultad en la implantación del mismo ha sido al inicio, pues en la mayoría de ocasiones es necesario adaptar el seguimiento que se venía haciendo al nuevo protocolo (en plazos y en pruebas diagnósticas). Sería muy interesante realizar un trabajo de valoración de satisfacción percibida por los pacientes así como de comparación en tasa de detección de recidivas y de progresión del nuevo seguimiento vs el antiguo, si bien en el momento actual no es posible por el escaso seguimiento de acuerdo a nuevo protocolo. Se encuentra pendiente cuantificar qué pacientes se encuentran fuera de protocolo y las razones del incumplimiento, aunque nuestra impresión es que este grupo resulta anecdótico y no relacionado con problemas ocasionados por el mismo sino que se trate de pacientes que aun no han acudido a la consulta de control. Este proyecto nos anima a continuar elaborando otros como, por ejemplo, el seguimiento en los pacientes con tumor vesical musculoinvasivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1291 ===== ***

Nº de registro: 1291

Título
ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GUIOTE PARTIDO INGRID, DOLEZAL PETR, APARICIO JUEZ LARA, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carcinoma urotelial vesical es la patología maligna más común del tracto urinario siendo el cáncer 11º en cuanto a frecuencia en todo el mundo, éste es más frecuente en varones que en mujeres (8,9 casos por 100000 personas-año frente a 2,2) pero debemos tener en cuenta que España es el país con una tasa de incidencia ajustada por edad más alta de la unión europea, además dentro de España, Aragón es una de las comunidades con una tasa de cáncer de vejiga más elevada. Además de una gran heterogeneidad pronostica propia de los diferentes grados tumorales, existen factores asociados con una mayor probabilidad de recidiva, otros de progresión y no disponemos de marcadores rutinarios con alta rentabilidad diagnóstica más allá de las citologías urinarias (con una sensibilidad superior al 70 % en tumores de alto grado y del 35-48% en los de bajo grado, y una especificidad del 95%), por lo que el resultado final es que nos encontramos con un grupo de pacientes muy heterogéneo que se beneficiarían de un seguimiento individualizado. Dadas la frecuencia y la heterogeneidad de la patología tumoral vesical, los pacientes afectados por la misma podrían beneficiarse de un seguimiento individualizado, exhaustivo y óptimo en base a las últimas guías de evidencia clínica sin necesidad de desembolso económico alguno ya que la infraestructura y el personal necesarios ya forman parte del Servicio de Urología si bien creemos que una reorganización y mejor gestión de dichos recursos podría repercutir en un diagnóstico precoz de las recidivas o de la progresión así como reducir el número de pruebas, de consultas o dar de alta a pacientes con períodos libres de enfermedad prolongados.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos de acuerdo a las evidencias recogidas en las guías de práctica clínica de referencia en base al grupo de riesgo de cada paciente.

MÉTODO

Búsqueda, revisión y evaluación de guías de práctica clínica relacionadas y elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos en base al grupo de riesgo de cada paciente. Seguimiento homogéneo de estos pacientes por 2 urólogos dedicados a ello en 2 consultas monográficas semanales. Se agruparán los pacientes por grupo de riesgo y dentro de cada grupo se realizarán los procedimientos necesarios en tiempo y forma (ECO, Citologías, Cistoscopias, Biopsias vesicales, TAC, Urografías intravenosas...). Podrá plantearse excluir del seguimiento propuesto a pacientes con características especiales (reacciones alérgicas a terapia endovesical, edad avanzada...) o consensuar procedimientos fuera de protocolo entre los urólogos encargados de la unidad.

INDICADORES

INDICADOR 1: Cumplimiento del seguimiento propuesto
EXPLICACIÓN 1: Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente / Pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales
ESTÁNDAR 1: > 90%
INDICADOR 2: Administración de Mitomicina o BCG de forma adecuada al protocolo
EXPLICACIÓN 2: Pacientes que reciben BCG o Mitomicina según protocolo/ Total de pacientes que reciben BCG o Mitomicina
ESTÁNDAR 2: >90%
INDICADOR 3: Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo
EXPLICACIÓN 3: Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo / Total de procedimientos realizados
ESTÁNDAR: <10%
INDICADOR 4: Evaluación fuera de consulta especializada
EXPLICACIÓN 4: Pacientes diagnosticados de tumor vesical no "de novo" (con anatomía patológica) vistos en consulta no especializada/ total de pacientes diagnosticados de tumor vesical no "de novo" vistos en total
ESTÁNDAR 4: <10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

- Mayo-Junio 2017: Revisión de guías de práctica clínica (Europeas, Españolas y Americanas) así como protocolos de otros servicios de Urología. Grupos de riesgo y elaboración de cronogramas de seguimiento y tratamiento de acuerdo a los mismos.
- Junio-Julio 2017: Coincidiendo con el inicio de consulta especializada destinada a estos pacientes, se inicia la puesta en marcha de nuestros protocolos.
- Noviembre-Diciembre 2017: Detección de problemas en el seguimiento y adaptación o modificación del protocolo.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente y para la institución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA RIVERA FUERTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
ELDUQUE PALOMO AMADEO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de las agendas monográficas
Formación en la detección, comunicación y terapia para el adecuado seguimiento de estos pacientes
Designación de responsables en el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consultas monográficas creadas en los 14 Centros de Salud del Sector. Se partía de un valor inicial de 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Plantear mejor los objetivos, actividades e indicadores

7. OBSERVACIONES.
Se ha impartido, desde la plataforma de formación, un curso on-line de paliativos que finalizó en diciembre. En dicho curso no han podido ser admitidos todos los responsables de los centros y se deberían de realizar nuevas ediciones.
Tenemos que insistir en la utilización de las consultas monográficas y en la identificación de los pacientes subsidiarios de estos cuidados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1712 ===== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO
1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

- 2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
 - 3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
 - 4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
- Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES

- 1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
- 2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
- 3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
- 4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN

Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

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 :

*** ===== **